



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Inspectoratul General al Poliției Române



AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG

RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR

2009

ROMÂNIA

Noi evoluții, tendințe și informații detaliate
cu privire la temele de interes european

REITOX

Echipa BORDT care a participat la întocmirea raportului:

- *Ruxanda* **ILIESCU**, bioinginer medical, șef BORDT
E-mail: ruxanda.iliescu@ana.gov.ro
- *Drd. Aurora* **LEFTER**, sociolog
E-mail: aurora.lefter@ana.gov.ro
- *Andrei* **BOTESCU**, psiho-sociolog
E-mail: andrei.botescu@ana.gov.ro
- *Drd. Gabriela* **TRIFAN**, inginer chimist
E-mail: gabriela.trifan@ana.gov.ro
- *Drd. Lavinus* **SAVA**, psiho-sociolog
E-mail: lavinus.sava@ana.gov.ro

Agencia Națională Antidrog mulțumește tuturor partenerilor și colaboratorilor pentru contribuția adusă la întocmirea prezentului raport.

**MINISTERUL ADMINISTRAȚIEI ȘI INTERNELOR
INSPECTORATUL GENERAL AL POLIȚIEI ROMÂNE
AGENȚIA NAȚIONALĂ ANTIDROG
BIROUL OBSERVATORUL ROMÂN DE DROGURI ȘI TOXICOMANII**
Bulevardul Unirii nr. 37, bloc A 4, sector 3
BUCUREȘTI, ROMÂNIA
Tel/fax: (0040) (21) 316.47.97 sau 323.30.30/interior 21706, 21731

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a UNODC.

CUPRINS

REZUMAT.....	5
TENDINȚE ȘI SCHIMBĂRI/ ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR.....	7
PARTEA A. NOI DIRECȚII ȘI TENDINȚE.....	10
CAPITOLUL 1 – CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI POLITICILE ÎN DOMENIU.....	10
1.1 CADRUL LEGISLATIV.....	10
1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE.....	12
1.3 ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE.....	14
CAPITOLUL 2 – CONSUMUL DE DROGURI ÎN POPULAȚIE ȘI ÎN RÂNDUL SUBGRUPURILOR SPECIFICE	17
2.1. CONSUMUL DE DROGURI ÎN POPULAȚIA GENERALĂ.....	17
2.2. CONSUMUL DE DROGURI ÎN ȘCOLI ȘI ÎN RÂNDUL POPULAȚIEI TINERE.....	17
2.3 CONSUMUL DE DROGURI ÎN RÂNDUL GRUPURILOR ȚINTĂ / LOCAȚII SPECIFICE, LA NIVEL NAȚIONAL ȘI LOCAL.....	19
CAPITOLUL 3 – PREVENIRE.....	28
3.1 PREVENIRE UNIVERSALĂ.....	30
3.2 PREVENIRE SELECTIVĂ ÎN RÂNDUL GRUPURILOR ȘI ZONELOR LA RISC.....	34
CAPITOLUL 4 - CONSUMUL PROBLEMATIC DE DROGURI	35
4.1. ESTIMĂRI ALE PREVALENȚEI ȘI INCIDENȚEI CONSUMULUI PROBLEMATIC DE DROGURI.....	35
4.2. DATE PRIVIND CONSUMATORII PROBLEMATICI DE DROGURI COLECTATE DIN ALTE SURSE DECÂT INDICATORUL ADMITERE LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	35
4.3. CONSUM INTENSIV, FRECVENT ȘI DE LUNGĂ DURATĂ ȘI ALTE FORME DE CONSUM PROBLEMATIC.....	35
CAPITOLUL 5 – ADMITEREA LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	36
5.1 STRATEGII/POLITICI.....	36
5.2. SISTEMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT.....	37
5.3 CARACTERISTICILE POPULAȚIEI ADMISE LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	40
5.4. TENDINȚE ÎNREGISTRATE ÎN CEEA CE ÎI PRIVEȘTE PE CLIENȚII SERVICIILOR DE TRATAMENT.....	61
CAPITOLUL 6 - CONSECINȚE ȘI CORELAȚII ÎN PLANUL SĂNĂTĂȚII	63
6.1 BOLILE INFECȚIOASE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	63
6.2 ALTE CORELAȚII ȘI CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ASUPRA SĂNĂTĂȚII.....	68
6.3 DECESE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI ȘI MORTALITATE ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI.....	71
CAPITOLUL 7 - RĂSPUNSURI PRIVIND CONSECINȚE ASUPRA SĂNĂTĂȚII	77
7.1 PREVENIREA CAZURILOR DE URGENȚĂ ȘI REDUCEREA CAZURILOR DE DECES CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	77
7.2 PREVENIREA ȘI TRATAMENTUL BOLILOR INFECȚIOASE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI.....	77
7.3 INTERVENȚII ÎN CAZUL ALTOR CONSECINȚE ȘI CORELAȚII ASUPRA SĂNĂTĂȚII ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI.....	78
CAPITOLUL 8 - CORELAȚII SOCIALE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ȘI MĂSURI DE REINTEGRARE SOCIALĂ.....	79
8.1 CONSUMUL DE DROGURI ȘI EXCLUDEREA SOCIALĂ.....	79
8.2 REINTEGRAREA SOCIALĂ A CONSUMATORILOR DE DROGURI.....	79

CAPITOLUL 9 – INFRAȚIONALITATEA LA REGIMUL DROGURILOR, PREVENIREA INFRAȚIONALITĂȚII LA REGIMUL DROGURILOR ȘI SISTEMUL PENITENCIAR.	82
9.1 INFRAȚIONALITATE LA REGIMUL DROGURILOR.....	82
9.2 PREVENIREA INFRAȚIONALITĂȚII LA REGIMUL DROGURILOR.....	94
9.3 INTERVENȚII ÎN SISTEMUL JURIDIC.....	95
9.4 CONSUMUL DE DROGURI ȘI CONSUMUL PROBLEMATIC DE DROGURI ÎN PENITENCIAR.....	95
9.5 RĂSPUNSURI LA PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PENITENCIARE (INCLUSIV ÎN ALTE MEDII CUSTODIALE).....	95
9.6 REINTEGRAREA CONSUMATORILOR DE DROGURI LA ELIBERAREA DIN PENITENCIAR.....	98
CAPITOLUL 10 - PIAȚA DROGURILOR	99
10.1 DISPONIBILITATE ȘI OFERTĂ.....	99
10.2 CAPTURI.....	99
10.3 PREȚ/PURITATE.....	103
PARTEA B. TEME DE INTERES EUROPEAN.....	106
CAPITOLUL 11 – PIAȚA DE CANNABIS ȘI PRODUCȚIA DE CANNABIS	106
CAPITOLUL 12 – TRATAMENTUL ȘI ASISTENȚA CONSUMATORILOR DE DROGURI ÎN VÂRSTĂ.....	110
PARTEA C. BIBLIOGRAFIE ȘI ANEXE	114
BIBLIOGRAFIE.....	114
SITE-URI RELEVANTE CONSULTATE.....	1155
LISTA TABELELOR, GRAFICELOR ȘI HĂRȚILOR UTILIZATE ÎN TEXT.....	116
LISTA ABREVIERILOR UTILIZATE ÎN TEXT.....	11919

În cadrul Raportului Național privind Situația Drogurilor 2009 sunt analizate date referitoare la cererea și oferta de droguri în România la nivelul anului 2008, politicile naționale și legile în domeniu, împreună cu tendințele și evoluțiile înregistrate în ultimii ani.

Strategiile și programele antidrog, organizarea instituțională și fondurile alocate problematicei drogurilor sunt comentate în *primul* capitol.

Următoarele opt capitole conțin date și informații legate de consumul de droguri și de răspunsurile și măsurile adoptate în acest domeniu. Astfel, capitolul *doi* prezintă situația consumului de droguri în rândul populației tinere și a grupurilor la risc, conform datelor obținute prin derularea în anul 2008 a 7 cercetări: tinerii implicați în activități desfășurate în spațiul recreațional din București, populația școlară din învățământul preuniversitar (licee și SAM - școli de arte și meserii) din Buzău, Brăila, Dolj, Vâlcea și Vrancea și persoanele care practică sexul comercial din zona București. Sunt disponibile informații privind prevalențele consumului de substanțe psihoactive de-a lungul vieții, în ultimele 12 luni și ultimele 30 de zile, caracteristicile sociodemografice ale subiecților, policonsumul, percepția respondenților asupra substanțelor considerate la modă în contextul recreațional bucureștean și particularități ale consumului de ecstasy. De asemenea, sunt prezentate date privind cunoștințele, atitudinile și practicile legate de consumul de droguri în rândul persoanelor care practică sexul comercial din zona București (ex: informații despre prevalența consumului de droguri de-a lungul vieții, tipul de drog injectat, practicile la risc și comportament sexual ale persoanelor care practică sexul comercial din zona București).

Capitolul *trei* este dedicat programelor de prevenire, fiind structurat pe trei arii: prevenirea universală, selectivă și indicată. Principalele tendințe înregistrate în domeniul prevenirii, la nivelul anului 2008, au constat într-o adaptare a programelor/ proiectelor/campaniilor naționale, regionale și locale la caracteristicile de consum și optimizarea sistemului de evaluare și monitorizare a programelor, prin creșterea numărului de programe care includ indicatori de evaluare a procesului și a rezultatelor obținute în urma implementării.

În capitolul *patru* este prezentat indicatorul epidemiologic cheie consumul problematic de droguri și conține date privind estimarea (în cifre absolute și rată) numărului de consumatori problematici de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor.

Capitolul *cinci* este dedicat unui alt indicator epidemiologic cheie: admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri și conține informații privind descrierea sistemelor și programelor de asistență destinate consumatorilor de droguri; cercetarea privind evaluarea calității și accesibilității serviciilor oferite de rețeaua națională a Centrelor de Prevenire Evaluare și Consiliere Antidrog și evoluția în timp a indicatorului (analiza fiind realizată separat pe cele 2 tipuri de servicii care acordă tratament consumatorilor de droguri: unitățile medicale ale Ministerului Sănătății și centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog din cadrul Agenției Naționale Antidrog), iar în capitolul *șase* sunt prezentați alți doi indicatori epidemiologici cheie: bolile infecțioase asociate consumului de droguri și decesele survenite ca urmare a consumului de droguri și date privind alte corelații și consecințe ale consumului de droguri asupra sănătății: urgențe non-fatale ca urmare a consumului de droguri și patologia psihiatrică asociată consumului de droguri.

Capitolul *șapte* descrie demersurile inițiate în domeniul răspunsurilor privind consecințele consumului de droguri asupra sănătății.

Capitolul *opt* abordează aspecte privind excluderea socială în rândul consumatorilor de droguri conform rezultatelor studiului *Fenomene de marginalizare și excludere socială în rândul tinerilor* și prezentarea a două subprograme care vizează reintegrarea socială a consumatorilor de droguri prin crearea și dezvoltarea de servicii integrate pentru foștii consumatori de droguri în vederea îmbunătățirii șanselor acestora de integrare socială și profesională, precum și prevenirea recăderilor în cazul foștilor consumatori de droguri prin dezvoltarea sistemului locuințelor protejate și dezvoltarea unor servicii locale de criză care să acorde asistență medicală, psihologică și socială de bază consumatorului care nu accesează sistemul de asistență.

În capitolul *nouă* sunt prezentați indicatorii privind infracționalitatea la regimul drogurilor, structurați pe număr de infracțiuni și persoane cercetate/condamnate și analizați pe cele trei faze ale procesului penal, și anume: faza de descoperire a infracțiunilor și identificare a autorilor realizată de către poliție, faza de urmărire penală realizată de către parchete și faza de judecată realizată de către instanțe. De asemenea, sunt prezentate informații despre consumul de droguri în penitenciar și intervențiile din sistemul judiciar.

Datele referitoare la oferta de droguri sunt prezentate în capitolul zece: disponibilitatea drogurilor, rutele de trafic și capturile de droguri, prețul drogurilor pe piață.

Ultima parte a raportului conține o analiză și statistici privind 2 teme de interes european: capitolul 11- Piața de cannabis și producția de cannabis și capitolul 12 – Tratamentul și asistența consumatorilor de droguri în vârstă¹.

¹ Persoane în vârstă de 40 ani și mai mult

Studiile și cercetările efectuate în anul 2008 (prevalența consumului de droguri în spațiile recreative din București, consumul de substanțe psihoactive în rândul populației școlare din învățământul preuniversitar din județele Buzău, Dolj, Vâlcea și Vrancea și municipiul Brăila, consumul de droguri în rândul persoanelor care practică sexul comercial din zona București; evaluarea calității și accesibilității serviciilor oferite de rețeaua națională a Centrelor de Prevenire Evaluare și Consiliere Antidrog și excluderea socială în rândul consumatorilor de droguri) au oferit pe lângă datele și informațiile propriu-zise și posibilitatea de a efectua analize și comparații privind tendințele înregistrate în consumul de droguri la nivel local. Deși mai există domenii insuficient acoperite din punct de vedere statistic, în ansamblu datele disponibile la nivelul anului 2008 și experiența acumulată în implementarea indicatorilor, au permis efectuarea de analize și corelații comprehensive, comparativ cu anii anteriori.

Dacă în cazul anumitor indicatori (capturile de droguri sau numărul persoanelor cercetate pentru infracțiuni la regimul drogurilor) există serii de date colectate începând din perioada 2000 - 2001, putându-se contura mai ușor tendințele, pentru alți indicatori datele disponibile sunt parțiale - fie numai pentru o anumită regiune, de regulă București (bolile infecțioase asociate consumului de droguri, decese ca urmare a consumului de droguri), fie acoperind numai anumite surse de date (admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri).

Principalele tendințe pentru indicatorii cheie și majori au fost:

- deși se observă o creștere a solicitărilor de tratament pentru droguri ilicite (în anul 2008 aproximativ la nivelul anului 2002), raportul cazuri noi/recidive rămâne subunitar, situație care susține alte evaluări ale consumului de droguri realizate de ANA. Drogul principal pentru care s-a solicitat servicii de asistență a rămas heroina, atât pentru centrele din rețeaua Ministerului Sănătății (66%), cât și pentru CPECA (73,6%). Pe locul doi s-au situat medicamentele hipnotice și sedative (centrele Ministerului Sănătății) și cannabisul în cazul CPECA. În continuare, procentul pacienților pentru care cocaina este drogul principal de consum este foarte mic (aproximativ 1%);
- urmărind evoluția admitterilor la tratament, în unitățile MS, în perioada 2002-2008 pentru heroină, hipnotice și sedative și cannabis (cazuri noi vs. recidive) se constată că, dacă în cazul cannabisului, pe toată perioada, proporția celor care au solicitat tratament pentru acest tip de drog este mai mare în cazul consumatorilor care solicitau tratament pentru prima dată decât în cazul recidivelor, în cazul heroinei în perioada 2002-2006 proporția celor care au solicitat tratament pentru acest tip de drog era mai mare în cazul consumatorilor care solicitau tratament pentru prima dată, iar din anul 2007 devine mai mare în cazul recidivelor; în ceea ce privește admitterile la tratament pentru hipnotice și sedative, situația este inversă: pentru aceeași perioadă, 2002-2006 proporția celor care au solicitat tratament pentru acest tip de drog era mai mare în cazul recidivelor, iar din anul 2007 devine mai mare în cazul admitterilor noi. Datele prezentate conduc la 2 ipoteze: fie a crescut accesibilitatea la tratament pentru utilizatorii care consumă alt tip de drog decât heroina, fie asistăm la o schimbare a modelului de consum: scade proporția consumatorilor de heroină și crește cea a consumatorilor de hipnotice și sedative, cannabis, metadonă și alte opiacee (decât heroina), cocaină, halucinogene etc.;
- de asemenea, analizând evoluția admitterilor la tratament, pentru aceeași perioadă, în funcție de sexul consumatorului și tipul admitterii se constată că, comparativ cu 2001, se înregistrează o scădere a raportului bărbați/femei atât pentru numărul total de persoane aflate în tratament, cât și pentru persoanele care solicită pentru prima dată tratament, situație care sugerează o posibilă creștere a accesibilității serviciilor de către persoanele de sex feminin consumatoare de droguri ilicite. Consumatorii de sex masculin consumă preponderent heroină, iar consumul de hipnotice, sedative și alte substanțe (de exemplu: Alcaolizi, Antalgeice, Antidepresive, Calmogen, Carbamazepină, Depakine, Meprobamat, Rapinirol, Sepoquel, Taver) este mai mare pentru femei;
- cele mai multe persoane debutează în consumul de droguri între 15-19 ani, proporția acestora fiind în creștere, de la 25% - 2004 la 34% - 2008. Următoarea grupă de risc este cea de 20-24 de ani, vârstă la care au debutat aproximativ unul din patru consumatori de droguri. Proporția persoanelor care au început să consume substanțe psihoactive între 25-34 de ani se menține relativ stabilă (între 12-15%). Față de anul 2004, se constată o reducere la mai puțin de jumătate atât a procentului de persoane care au debutat în consumul de droguri la mai puțin

de 15 ani (de la 12% la 5%), cât și al celor care au început să consume la peste 35 de ani (de la 20% la 9%);

- referitor la calea de administrare a drogului principal, se constată că: predomină administrarea injectabilă (pentru anul 2008: aproximativ 3 din 5 consumatori), existând și o tendință de creștere a proporției celor care își administrează în acest mod drogul: de la 50,9%-2004 la 72,1% în 2008. De asemenea, a crescut proporția consumatorilor de droguri care au în antecedente, indiferent de tipul drogului consumat, modelul de consum prin injectare. Deși creșterea se înregistrează atât pentru consumatorii de sex feminin cât și pentru cei de sex masculin, proporția consumatorilor de droguri care au în antecedente, indiferent de tipul drogului consumat, modelul de consum prin injectare este diferită, ca proporție, pentru cele 2 sexe, fiind influențată de faptul că utilizatorii de droguri bărbați sunt majoritatea consumatori de heroină, spre deosebire de femei unde numai aproximativ o treime consumă heroină;
- majoritatea persoanelor care au solicitat tratament sunt șomeri/fără ocupație, inactivi economic sau lucrează fără contract de muncă, locuiesc cu familia de proveniență sau propria familie și au solicitat asistență din proprie inițiativă sau la inițiativa familiei/prietenilor;
- menținerea concentrării cazurilor de consum de heroină în București, heroina fiind în continuare consumată mai ales pe cale injectabilă. Posibilele explicații pentru această situație sunt: concentrarea centrelor de asistență specializate în capitală, oferta terapeutică încă insuficientă și, posibil, disponibilitatea heroinei pe piață (situarea României pe ruta balcanică);
- profilul tip al consumatorului de heroină arată, similar anilor precedenți, o vârstă de debut în consum între 15 -19 ani, existența altor tratamente anterioare pentru consumul de droguri și un model de policonsum de droguri;
- evaluarea consumului problematic de droguri din București prin metoda multiplicatorilor a arătat, în 2007, o ușoară scădere a consumului de heroină/pe cale injectabilă în această zonă (în comparație cu evaluările prin metoda captură-recaptură din 2003 și 2004), iar în 2008 nu s-au observat schimbări majore comparativ cu anul 2007.
- creșterea numărului de decese ca urmare a consumului de droguri (33 în 2008 și 32 în 2007, față de 21 în 2006 și 6 în 2005) este o consecință a aplicării algoritmului unitar de definire și recunoaștere a cazurilor de deces, managementului medico-legal algoritmatizat, și îmbunătățirii semnificative atât a capacității de detecție toxicologică de către INML *Mina Minovici* cât și a procesului de colectare a datelor;
- prevalența bolilor infecțioase în rândul consumatorilor de droguri injectabile (CDI) nu a înregistrat modificări semnificative, în anul 2008, putându-se vorbi despre o tendință de stabilizare a prevalenței bolilor infecțioase asociate consumului de droguri: la valori reduse pentru HIV (1,09%), în creștere ușoară, dar în continuare sub-raportată pentru HVB (11,68%) și îngrijorătoare pentru HVC (72,59%), cu valori peste media europeană. Ca și în anii precedenți, HVC a înregistrat o prevalență ridicată iar concluzia ar fi că, în condițiile în care majoritatea CDI adoptă un comportament la risc (schimb de ace și seringi, întreținerea de relații sexuale neprotejate), se poate vorbi de o epidemie de HVC în rândul CDI din București. Cifrele scăzute pentru prevalența HIV pot fi datorate neatingerii unui prag „critic” de persoane seropozitive în interiorul comunității CDI, dar pot exista și alte explicații (cum ar fi, structurarea CDI în grupuri de 3-5 persoane care utilizează în comun echipamentul de injectare);
- în privința indicatorilor din domeniul ofertei de droguri, față de anii precedenți, s-au înregistrat cele mai mari valori în privința numărului de infracțiuni (3727) și de persoane cercetate pentru săvârșirea de infracțiuni la Legea nr. 143/2000 (2936), de persoane prinse în flagrant (2158), persoane trimise în judecată (891) și de dosare penale pentru care a fost dispusă soluția de scoatere de sub urmărire penală (1261) și cele mai mici valori pentru numărul infracțiunilor constatate la OUG nr. 121/2006 (12). De asemenea, este primul an în care numărul de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării este mai mare decât al celor cu suspendare a executării sub supraveghere;
- față de 2007, în anul de referință au existat creșteri în privința numărului: de infracțiuni prevăzute în Legea nr. 143/2000 (35,57%), de grupuri infracționale identificate (10,75%) și grupări cu caracter infracțional destrămate (24,13%), de rechizitorii instrumentate de parchete (14,82%), a procentului de cauze soluționate cu soluție de trimitere în judecată (de la 11,62% la 15,34%) și a celui de cauze penale cu soluție de scoatere de sub urmărire penală conform art. 18¹ (de la 35,74% la 48,97%), precum și creșteri privind numărul de persoane cercetate pentru infracțiuni privind traficul și consumul ilicit de droguri (21,67%), prinse în flagrant (27,31%), trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor (18,95%),

condamnată în supravegherea serviciilor de probațiune (90,18%) sau la pedeapsa închisorii cu suspendarea executării sub supraveghere (42,27%); s-au semnalat însă și scăderi ale numărului de cauze penale privind infracțiuni referitoare la droguri și precursori soluționate de către parchete (cu 13%) și ale numărului de persoane cercetate de către parchete (3,74%), condamnată de către instanțele de judecată (12,86%) și ale celor condamnată la pedeapsa închisorii cu suspendare condiționată a executării pedepsei (7,69%). De menționat, că față de anul anterior există și o scădere cu 18,87% a numărului de consumatori de droguri condamnați de instanțele de judecată. Este primul an în care programele de substituție cu metadonă au devenit disponibile în sistemul penitenciar;

- în anul de referință, pe teritoriul național nu au fost descoperite laboratoare clandestine destinate fabricării de droguri sau culturi ilicite de plante cu conținut stupefiant, iar comparativ cu anul precedent, se constată o scădere cu 72,46% a cantității totale de droguri confiscate (de la 2.304,041 kg la 634,41 kg). Astfel, deși în 2008 a fost confiscată cea mai mare cantitate de heroină din perioada 2001-2008 (385,23 kg de heroină) și au crescut cantitățile de rezină de cannabis (de la 5,365 kg la 33,42 kg) și stimulente de tip amfetaminic (de la 31696 la 52.455 comprimate) confiscate, au scăzut cele de cocaină (de la 46,695 kg la 3,915 kg), opiu (de la 7,041kg la 2,221 kg) și cannabis (de la 2.114,720 la 208,66 kg);
- prețul drogurilor la nivelul străzii a rămas același ca și în anul anterior pentru hașiș (rezină de cannabis), cocaină și LSD (timbru), a crescut pentru cannabis iarbă (marijuana) și heroină și a scăzut pentru ecstasy (MDMA). Cel mai scump drog rămâne în continuare cocaina (în jur de 100 euro/gram);
- referitor la puritatea drogurilor, potrivit informațiilor primite de la Laboratorul Central de Analiză din cadrul IGPR, heroina are o puritate la nivelul străzii între 5 și 63% (puritatea medie fiind 21%), Ecstasy are o puritate medie de 40 mg pe comprimat, cocaina are o puritate medie de 62%, iar hașișul avea o concentrație medie a THC de 8,3% (cu extreme între 4% și 16%).

PARTEA A. NOI DIRECȚII ȘI TENDINȚE

Capitolul 1 – Contextul național și politicile în domeniu

În anul 2008 au continuat măsurile de implementare a programelor de prevenire a consumului și a debutului în consum și, în special, a celor de asigurare a unor servicii integrate de tratament pentru consumatorii de droguri, inclusiv pentru cei aflați în stare privativă de libertate².

1.1 CADRUL LEGISLATIV

1.1.1 LEGI, REGULAMENTE ȘI INSTRUCȚIUNI SAU PRINCIPII DIRECTOARE ÎN DOMENIUL DROGURILOR (CEREREA ȘI OFERTA DE DROGURI)

Din punct de vedere legislativ, în perioada analizată, s-au adoptat o serie de documente juridice privind implementarea politicilor publice antidrog naționale. Astfel, în domeniul reducerii ofertei de droguri au fost emise următoarele:

- Ordinul nr. 356/2008³ privind aprobarea Normelor de funcționare a Laboratorului vamal central. Conform reglementărilor legale în vigoare, Laboratorul vamal central efectuează analiza probelor *pentru care există suspiciunea de a conține droguri, așa cum sunt ele definite de Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, prelevate în condițiile legii de autoritatea vamală sau de alte autorități din mărfurile supuse controlului autorității vamale* (art.1, lit c). Ordinul menționat reglementează activitățile de gestionare a probelor, efectuare a analizelor în Laboratorul vamal central și emitere a certificatelor de analiză;
- Hotărârea Guvernului nr 282/2008⁴, prin al cărei articol unic a fost completat Tabelul I, subtitlul *Stupefiante* din anexa la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, introducându-se la poziția 17, substanța *ORIPAVINA*;
- Hotărârea Guvernului nr 358/ 2008⁵, care prevede măsuri pentru dezvoltarea și consolidarea activității de monitorizare, de către Agenția Națională Antidrog (ANA), a operațiunilor cu precursori de droguri pe teritoriul României. În contextul acestui regulament se reglementează procedural modalitățile de acordare, retragere și reacordare a AUTORIZAȚIEI prevăzute la art. 5 din OUG nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor de droguri, aprobată cu modificări prin Legea nr. 186/2007, de către ANA *în termenul și condițiile prevăzute la art. 7 alin. (1) și (2) din Regulamentul Comisiei (CE) nr. 1.277/2005 de stabilire a normelor de punere în aplicare a Regulamentului Parlamentului European și al Consiliului (CE) nr. 273/2004 privind precursorii de droguri și a Regulamentului Consiliului (CE) nr. 111/2005 privind supravegherea comerțului cu precursori de droguri între Comunitate și statele terțe [...]*(art.1, alin.1);
- Legea nr. 222/2008⁶ prin care au fost emise noi măsuri privind cooperarea judiciară internațională în materie penală, în special în ceea ce privește aplicarea mandatului european de arestare,

² Pentru colectarea datelor necesare elaborării acestui capitol, s-a utilizat studiul documentar al mai multor surse (rapoarte și studii ale autorităților publice, articole media, etc), ancheta cu chestionar adresat instituțiilor implicate în implementarea Strategiei Naționale Antidrog (SNA) 2005-2012, precum și analiza datelor colectate în cadrul unui grup de lucru (*expert opinion*) constituit din experți desemnați de autoritățile publice participante la implementarea Planului de Acțiune 2005-2008 pentru implementarea SNA

³ Ordinul nr. 356 din 11 februarie 2008 privind modificarea Ordinului vicepreședintelui Agenției Naționale de Administrare Fiscală (ANAF) nr. 9.250/2006 pentru aprobarea Normelor privind funcționarea Laboratorului vamal central și modalitatea de efectuare a analizelor (emitent Agenția Națională de Administrare Fiscală - Autoritatea Națională a Vămilelor, publicat în Monitorul Oficial nr. 130 din 19 februarie 2008).

⁴ Hotărârea de Guvern nr. 282 din 12 martie 2008 pentru completarea tabelului I din anexa la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 206 din 18 martie 2008)

⁵ Hotărârea de Guvern nr. 358 din 26 martie 2008 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor de droguri, precum și pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1.489/2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 269 din 4 aprilie 2008);

⁶ Legea nr. 222 din 28 octombrie 2008 pentru modificarea și completarea Legii nr. 302/2004 privind cooperarea judiciară internațională în materie penală (emitent Parlamentul, publicată în Monitorul Oficial nr. 758 din 10 noiembrie 2008);

prelungirea duratelor de reținere și arestare temporară în vederea extrădării și completarea cadrului procedural pentru extrădare, măsuri ce vizează și cazurile de infracțiuni la regimul drogurilor.

În anul 2008, atât ANA, cât și alte instituții, cu atribuții în implementarea Strategiei Naționale Antidrog (SNA) 2005-2012, au inițiat/elaborat proiecte legislative în domeniul reducerii cererii de droguri, care au urmărit dezvoltarea sistemului de servicii de prevenire și asistență integrată a consumatorilor de droguri. Astfel, au primit girul decidenților politici:

- Programul de interes național de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri - 2009-2012, care a fost aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.101/2008⁷;
- Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.102 din 18 septembrie 2008⁸.

Ambele programe propun măsuri concrete de intervenție pentru completarea sistemului național de servicii de prevenire și asistență a consumatorilor de droguri, servicii configurate pentru o abordare integrată și adecvată permanent nevoilor clienților și comunităților locale (servicii de outreach, implicarea familiilor și comunităților în actul terapeutic, precum și finanțarea din fonduri publice a operaționalizării unor servicii specializate dezvoltate în sectorul neguvernamental).

Prin Hotărârea Guvernului nr. 357/2008⁹ a fost aprobată derularea de către Ministerul Sănătății a programelor naționale de sănătate în anul 2008. Unul dintre obiectivele subprogramului 2.2 - Subprogramul de supraveghere și control al infecției HIV - prevede: asigurarea accesului la consiliere și testare HIV pentru populațiile la risc (persoane care practică prostituția, persoane care își injectează droguri, persoane fără adăpost, persoane aflate în detenție, homosexuali), iar în Programul național de sănătate mintală este inclus subprogramul de prevenire și tratament ale toxicodependențelor al cărui obiectiv este: "prevenirea consumului de droguri și asigurarea tratamentului specific la persoanele cu toxicodependență". Aceste programe consolidează eforturile din anul anterior pentru organizarea și "asigurarea continuității și creșterea accesibilității și calității îngrijirilor de sănătate mintală".

În primul trimestru al anului 2009 a fost adoptat, de asemenea, un act legislativ cu impact asupra structurii sistemului național de implementare a politicilor publice antidrog, în special asupra componentei de management strategic și coordonare interinstituțională a acestuia - *Ordonanța de urgență nr. 20 din 11/03/2009*¹⁰, care prevede la art. II, alin. 1 și 3 reorganizarea Agenției Naționale Antidrog în cadrul Inspectoratului General al Poliției Române și preluarea atribuțiilor funcționale ale Agenției de către IGPR.

1.1.2 IMPLEMENTAREA LEGILOR

Unul dintre neajunsurile anului 2008, din punct de vedere legislativ, l-a reprezentat imposibilitatea aplicării art. 19¹ și 19² ale Legii nr. 522/2004¹¹, care prevăd posibilitatea înlocuirii pedepsei cu detenția pentru consumatorii de droguri cu condiția acceptării/includerii într-un program specific de asistență integrată medico-psiho-socială. Deși Codul Penal¹² s-a adoptat în iulie 2009, prin asumarea răspunderii Guvernului, prevederile menționate nu se pot aplica până la adoptarea în termen de 12 luni a noului Cod de Procedură Penală, deoarece articolul 19¹(4) prevede că „În toate cazurile, urmărirea penală este continuată potrivit dispozițiilor Codului de procedură penală”, iar articolul 19²

⁷ Hotărârea de Guvern nr. 1.101 din 18 septembrie 2008 privind aprobarea Programului de interes național de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri - 2009-2012 (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 672 din 30 septembrie 2008);

⁸ Hotărârea de Guvern nr. 1.102 din 18 septembrie 2008 privind aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009-2012 (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 675 din 1 octombrie 2008);

⁹ Hotărârea de Guvern nr. 357 din 26 martie 2008 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2008 (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 249 din 31 martie 2008)

¹⁰ Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 20 din 11/03/2009 pentru modificarea art. 13 alin. (2) și (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 30/2007 privind organizarea și funcționarea Ministerului Administrației și Internelor și pentru reorganizarea unor unități din subordinea Ministerului Administrației și Internelor (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 156 din 12 martie 2009)

¹¹ Legea nr. 522/24.11.2004 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, Emitent Parlamentul, MO nr. 1155/07.12.2004

¹² Legea nr. 286 din 17 iulie 2009 privind Codul penal (publicată în Monitorul Oficial nr. 510 din 24 iulie 2009)

(4) menționează că “Pentru învinuitul sau inculpatul care refuză includerea într-un program integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, se aplică dispozițiile Codului penal și ale Codului de procedură penală”.

În vederea implementării prevederilor HG nr. 860/2005, a fost adoptat Ordinul Comun al miniștrilor internelor și reformei administrative, sănătății publice și muncii și egalității de șanse privind aprobarea metodologiei și criteriilor minime de autorizare a centrelor furnizoare de servicii de asistență pentru consumatorii de droguri, prin care ANA este mandată să constituie o comisie de autorizare cu competențe la nivel național.

De asemenea, în sensul dezvoltării la nivel operațional a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 357/2008 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2008, au fost aprobate Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2008¹³, modificate ulterior, pe parcursul anului, prin alte patru ordine de ministru¹⁴. Acestea ajustează cadrul național de implementare a măsurilor prevăzute de HG menționată și precizează operațional mecanismele de implementare și resursele alocate acestora.

1.2 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE, EVALUARE ȘI COORDONARE

Anul 2008 a reprezentat un moment important din punct de vedere al analizei și elaborării de noi documente de politici publice antidrog, în sensul că la finele acestui an ar fi trebuit realizate: Raportul de evaluare pe anul 2008 a progreselor înregistrate în implementarea Planului de acțiune 2005-2008 și Raportul general de evaluare a Planului de acțiune menționat pentru întreaga perioadă (2005-2008). Modificările legislative și structurale produse în primul semestru al anului 2009 în privința ANA au condus la întâzieri semnificative în realizarea activităților de evaluare, astfel încât cele două documente vor fi făcute publice abia către finele anului 2009.

De asemenea, au fost îngreunate în mare măsură procesele de consultare cu partenerii instituționali guvernamentali și cu societatea civilă pentru elaborarea noului Plan de acțiune pentru implementarea SNA, care urma să orienteze eforturile sistemului național de luptă antidrog în perioada 2009-2012. Și acest document programatic va fi finalizat cu întârziere, putând fi aprobat, probabil, tot la finele anului 2009.

1.2.1 STRATEGII ȘI PLANURI DE ACȚIUNE NAȚIONALE

Obiectivele generale sau specifice privind domeniul reducerii cererii și ofertei de droguri au fost prevăzute în documente programatice adoptate în anii anteriori:

- Strategia Națională Antidrog (SNA) în perioada 2005 - 2012¹⁵ și Planul de acțiune pentru implementarea SNA în perioada 2005-2008¹⁶;
- Planul Strategic al Ministerului Internelor și Reformei Administrative 2007-2009¹⁷, direcția de acțiune II – Ordine și siguranță publică, obiectivul nr. 7 – creșterea eficienței luptei antidrog.

1.2.2. IMPLEMENTAREA ȘI EVALUAREA STRATEGIILOR ȘI POLITICILOR

Conform evaluării Planului de acțiune pentru implementarea SNA pentru anul 2008, au fost îndeplinite activitățile prevăzute pentru realizarea obiectivului general privind *reducerea cererii de droguri*, respectiv *menținerea la un nivel scăzut comparativ cu cel actual al prevalenței consumului ilicit de droguri și reducerea într-un mod corelat a prevalenței consumului de alcool și tutun în rândul populației generale prin consolidarea măsurilor de prevenire și prin dezvoltarea sistemului public și privat de asistență medicală, psihologică și socială*.

¹³ Ordinul Nr. 574/269 din 31 martie 2008 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2008

¹⁴ Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1218/427/2008; Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1386/522/2008; Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1612/670/2008; Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 2095/890/2008

¹⁵ Hotărârea de Guvern nr. 73 din 27 ianuarie 2005 privind aprobarea Strategiei Naționale Antidrog în perioada 2005 - 2012 (publicată în Monitorul Oficial nr. 112 din 3 februarie 2005)

¹⁶ Hotărârea de Guvern nr. 323 din 14 aprilie 2005 privind aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog în perioada 2005-2008, (publicată în Monitorul Oficial nr. 376 din 4 mai 2005)

¹⁷ Ordinul ministrului Internelor și Reformei Administrative nr. 297 din 21.09.2007

În domeniul asistenței consumatorilor de droguri, începând cu anul 2007, prin dezvoltarea rețelei de asistență a ANA, au fost create premisele creșterii accesibilității consumatorilor de droguri la serviciile de asistență și asigurarea funcționalității circuitului terapeutic:

- funcționalitatea sistemului managementului de caz a condus la asigurarea continuității intervențiilor terapeutice;
- diversificarea tipurilor de intervenții atât din punct de vedere medical, cât și psihologic și social, a crescut calitatea serviciilor oferite, ceea ce a condus la scăderea gradului de abandon al serviciilor de către beneficiari.

Este necesară însă dezvoltarea serviciilor orientate spre reinsertia socială a beneficiarilor și dezvoltarea unor programe specifice de formare profesională pentru această categorie de beneficiari. Un element foarte important, care a facilitat dezvoltarea serviciilor de asistență integrată în anul 2008, a fost colaborarea cu organizațiile neguvernamentale cu experiență în domeniul adicțiilor, ceea ce a permis compensarea parțială a deficitului de personal implicat în activitățile de asistență, precum și transferul bunelor practici în domeniul clinic.

Un alt aspect pozitiv al demersurilor întreprinse în acest an a fost acela al creșterii disponibilității și interesului practicienilor care asistă beneficiari aflați în stare privativă de libertate (arest, penitenciar). Cu toate acestea, se remarcă în continuare necesitatea optimizării colaborării dintre instituțiile statului în scopul implementării politicilor în domeniul reducerii cererii de droguri.

Nu în ultimul rând trebuie menționat faptul că sprijinul tehnic și financiar al Biroului Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate din România, a facilitat progresele în domeniul oferirii de servicii de asistență pentru consumatorii de droguri.

1.2.3. ASPECTE RELEVANTE PRIVIND MECANISMELE DE COORDONARE A POLITICILOR ANTIDROG

Așa cum s-a menționat anterior, anul 2008 a reprezentat un an al demersurilor de consolidare a cadrului legislativ și instituțional național de cooperare și coordonare în vederea asigurării resurselor necesare implementării unui sistem coerent de politici antidrog în România, concomitent cu asimilarea de know-how din partea țărilor europene cu experiență în domeniu. Dar, începând cu luna martie 2009, în urma adoptării OUG nr. 20/2009, ANA, din *structură guvernamentală cu personalitate juridică*, având rol de coordonare la nivel strategic al politicilor antidrog din România¹⁸, a fost reorganizată *ca serviciu fără personalitate juridică în cadrul Poliției Române*, cu drepturile și obligațiile de natură juridică subrogate de Inspectoratul General al Poliției Române, având în componență patru birouri la nivel central și structuri teritoriale (47 CPECA organizate în 17 birouri regionale), care însă au fost afectate semnificativ la nivel funcțional de migrația personalului specializat, instruit și perfecționat profesional în decursul ultimilor 5 ani.

În ceea ce privește celelalte instituții și organisme publice implicate în implementarea SNA 2005-2012, sunt de menționat următoarele aspecte:

- La nivelul Administrației Naționale a Penitenciarelor, atribuțiile pe linie antidrog sunt împărțite între Direcția Reintegrare Socială și Direcția Medicală;
- Ministerul Public – Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție - Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism este principala structură implicată, alături de Poliția Română, în implementarea măsurilor de reducere a ofertei de droguri, iar conform legislației românești în vigoare, oricare dintre procurorii săi poate gestiona cazuri de criminalitate asociată consumului și traficului ilicit de droguri. În cadrul mai multor proiecte internaționale s-a încercat și reușit parțial, în timp, instruirea unor procurori pentru preluarea exclusivă a cazurilor cu specific antidrog, urmărindu-se ca în perspectivă să poată fi propusă înființarea unui Parchet specializat pentru cercetarea acestui tip de fapte penale;
- Începând cu luna mai a anului 2009, Inspectoratul General al Poliției de Frontieră a transferat de asemenea Inspectoratului General al Poliției Române atribuțiile privind activitățile de combatere a traficului cu substanțe interzise;

¹⁸ condusă de un președinte cu rang de secretar de stat mandatat să emită decizii aplicabile tuturor actorilor publici cu atribuții în domeniu, organizată la nivel de Direcție Generală în cadrul Ministerului Administrației și Internelor și având în componență 5 direcții, iar la nivel teritorial, 47 CPECA organizate în 17 servicii regionale

- În cadrul Ministerului Educației, Cercetării și Inovării, responsabilitatea pentru activitățile din domeniul reducerii cererii de droguri revin Direcției Generale pentru Educație Timpurie, Școli, Performanță și Programe, care a desemnat un singur lucrător pentru coordonarea programelor naționale de informare și sănătate derulate în parteneriat cu structuri ale societății civile;
- În primul semestru al anului 2009, structura specializată a Poliției Române, Direcția Antidrog din cadrul Direcției Generale de Combatere a Criminalității Organizate este reorganizată la nivel de serviciu cu două birouri: unul de combatere a traficului intern de droguri și altul de combatere a traficului transfrontalier. De asemenea, începând cu luna mai 2009, a fost desființat Serviciul de Combatere a Traficului cu Substanțe Interzise din cadrul Inspectoratului General al Poliției de Frontieră, lucrătorii fiind redistribuiți la Direcția de combatere a Criminalității Organizate - Serviciul Antidrog.

Deși nu are un compartiment specializat pentru activitățile cu specific antidrog, Ministerul Tineretului și Sportului a desfășurat sau finanțat în 2008 o serie de proiecte privind reducerea cererii de droguri, care vizau, în mare măsură, activități de informare asupra riscurilor legate de consumul de droguri.

1.3 ANALIZA ECONOMICĂ - BUGET ȘI CHELTUIELI PUBLICE

În realizarea acestui subcapitol menționăm că nu a fost posibilă aplicarea metodologiei propuse, în special în ceea ce privește cheltuielile publice, întrucât bugetul de stat nu respectă ca structură standardul european COFOG la care se face referire. De asemenea, în bugetele instituțiilor care desfășoară activități antidrog nu sunt prevăzute și nu se pot identifica separat cheltuielile specifice pentru aceste activități. Singurele cheltuieli "vizibile" în bugetele sau bilanțurile anuale ale autorităților publice sunt cele alocate programelor cu specific antidrog inițiate sau implementate de acestea pe cont propriu sau în parteneriat cu organisme ale societății civile. Datele colectate, prezentate în acest capitol vizează așadar nivelul de cheltuieli publice ne-standardizate.

1.3.1 ÎN ACTIVITĂȚI DE APLICARE A LEGII, ASISTENȚĂ MEDICALĂ ȘI SOCIALĂ, CERCETARE, ACȚIUNI INTERNAȚIONALE, COORDONARE, STRATEGII NAȚIONALE

La nivel național, resursele financiare alocate realizării politicilor antidrog au provenit din surse bugetare și extra-bugetare:

- Bugetul alocat ANA a urmat o tendință ascendentă, comparativ cu anii anteriori, o pondere semnificativă având programele cu finanțare națională și internațională (în special proiectele cu finanțare PHARE și asistență tehnică și financiară oferită de UNODC);

Tabel nr. 1.1: Bugetul alocat Agenției Naționale Antidrog 2004 - 2008

	2004 ¹⁹		2005 ²⁰		2006 ²¹		2007 ²²		2008 ²³	
	Lei	Euro	Lei	Euro	Lei	Euro	Lei	Euro	Lei	Euro
Cheltuieli de personal	1.207.336	298.101	2.873.610	793.814	10.408.000	2.956.816	3.210.000	1.966.967	14.998.000	4.075.543
Cheltuieli unuri și servicii	510.055	15.939	1.866.230	515.533	1.956.000	555.682	1.223.000	1.672.267	1.393.000	378.532,6
Finanțare PHARE și contribuții la organisme internaționale	105.000	25.926	1.484.960	410.210	366.000	103.977	742.000	222.822,1	656.000	178.260
Programe naționale							2.453.000	736.636,1	1.475.000	400.815
total	1.822.391	449.971	6.224.800	1.719.557	12.730.000	3.616.475	7.628.000	3.293.695	18.522.000	5.033.150

Sursa: ANA – Compartimentul Financiar Contabil, IGPR – Direcția Buget - Contabilitate

¹⁹ Curs mediu anual: 1Euro = 4,05 RON

²⁰ Curs mediu anual: 1Euro = 3,62 RON

²¹ Curs mediu anual: 1Euro = 3,52 RON

²² Curs mediu anual: 1Euro = 3,33 RON

²³ Curs mediu anual: 1Euro = 3,68 RON

Alocările bugetare, precum și nivelul ridicat de utilizare a fondurilor prevăzute au asigurat în mare măsură succesul celor mai multe dintre acțiunile întreprinse de agenție pentru îndeplinirea obiectivelor prevăzute în documentele programatice de politici publice antidrog pentru anul 2008.

Tabel nr. 1.2: Bugetul prevăzut pentru Agenția Națională Antidrog pentru anul 2008 pentru implementarea activităților din domeniul reducerii cererii sau ofertei de droguri:

	Cheltuieli prevăzute		Cheltuieli efective	
	Lei	Euro	Lei	Euro
Cheltuieli de personal	14.998.000	4.075.543	14.997.870	4.075.508
Cheltuieli bunuri și servicii	1.393.000	378.532	1.393.000	378.532,6
Programe Naționale	1.475.000	400.815	1.474.678	400.727
Programe cu finanțare externă	4.632.000	1.258.695	4.632.000	1.258.695
Programe PHARE și alte programe cu finanțare nerambursabilă	656.000	178.260	461.000	125.271
Total	23.154.000	6.291.845	22.958.548	6.238.733

Sursa: IGPR – Direcția Buget – Contabilitate

La nivelul celorlalte instituții implicate în gestionarea de activități privind reducerea cererii sau ofertei de droguri, semnificativ de menționat sunt :

- Programele Naționale de Sănătate 2008²⁴ proiectate, implementate și coordonate de Ministerul Sănătății.

Relevant de menționat în contextul acestei analize este Programul național de sănătate mintală (din cadrul capitolului II – Programele Naționale privind bolile netransmisibile) a cărei coordonare de specialitate revine Centrului Național de Sănătate Mintală și are ca obiective :

- asigurarea continuității și creșterea accesibilității și calității îngrijirilor de sănătate mintală;
- prevenirea consumului de droguri și asigurarea tratamentului la persoanele cu toxicod dependență.

În cadrul subprogramului *Tratamentul Toxicod dependențelor* sunt prevăzute activități precum:

- informarea și educarea populației cu privire la mijloacele de prevenire a consumului de droguri;
- asigurarea tratamentului de substituție cu agoniști de opiacee pentru persoane cu toxicod dependență;
- testarea metaboliților stupefiantelor în toate unitățile medicale pentru adulți și copii;
- tratamentul de dezintoxicare pentru persoane cu toxicod dependență.

La secțiunea indicatori de evaluare, subprogramul prevede următorii indicatori de eficiență (trimestrial):

- cost mediu/ test de depistare a drogurilor în urină – 20 lei;
- cost mediu/pacient tratat în post cură – 320 lei;
- cost mediu / pacient tratat substitutiv – 120 lei;

Tabel nr.1-3. Structura programelor naționale de sănătate, 2008

Denumire program	Buget de stat	Venituri proprii	Buget total Lei	Buget total Euro
I. Programele naționale privind bolile transmisibile	96.660	50.440	147.100	39.973
II. Programele naționale privind bolile netransmisibile	182.633	711.864	894.497	243.070
III. Programul național de promovare a sănătății	2.517	20.000	22.517	6.119
IV. Programul național de sănătate a femeii și copilului	36.000		36.000	9.783
V. Programul național de tratament în străinătate	8.000		8.000	2.174
VI. Programul național de asistență comunitară și acțiuni pentru sănătate	21.000	9.500	30.500	8.288
VII. Rezerva Ministerului Sănătății Publice		30.500	30.500	8.288
VIII. Programul național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară		481.000	481.000	130.706
Total programe naționale de sănătate	346.810	1.239.864	1.650.114	448.401

²⁴ prevăzute de HG nr. 357 / 26 martie 2008

- Pe parcursul anului 2008, Administrația Națională a Penitenciarelor a derulat, cu asistență tehnică și financiară oferită de UNODC – Biroul România, în valoare de 50.000 USD, proiectul *Prevenirea HIV în rândul utilizatorilor de droguri injectabile în penitenciare*, în cadrul căruia au fost realizate următoarele activități: dezvoltarea unui centru pilot de inițiere a tratamentului de substituție la Penitenciarul Spital Rahova și furnizarea mijloacelor de prevenire HIV la consumatorii de droguri injectabile din Penitenciarele Rahova și Jilava (proiecte pilot de schimb de seringi);
- Ministerul Tineretului și Sportului a derulat în 2008 două programe cu specific antidrog:
 - *P1-Centre de tineret*, în cadrul căruia au fost derulate 7 proiecte în valoare de 4.788,07 lei;
 - *P2 - Program de susținere a acțiunilor de tineret*, în cadrul căruia au fost finanțate 13 proiecte cu specific antidrog în valoare de 22940,57 lei.
- Ministerul Educației, Cercetării și Inovării, deși nu a avut prevăzut sume cu această destinație în buget, a derulat activități cu specific antidrog în cadrul unor concursuri și activități extrașcolare în valoare de circa 60.000 lei. De asemenea, a continuat implementarea programului național *Educație pentru sănătate în școala românească* finanțat de Fondul Global, în anul 2008 cheltuindu-se circa 300 000 USD.

Capitolul 2 – Consumul de droguri în populație și în rândul subgrupurilor specifice

2.1. CONSUMUL DE DROGURI ÎN POPULAȚIA GENERALĂ

În anul de referință nu a fost realizat nici un studiu privind consumul de droguri în populația generală, ultimul fiind realizat în anul 2007. Rezultate obținute la analiza răspunsurilor referitoare la consumul de droguri ilegale, disponibilitatea acestora pe piață și percepția riscurilor asociate consumului diferitelor substanțe psihoactive sunt disponibile pe site-ul ANA²⁵ și au fost prezentate în Raportul Național 2008.

2.2. CONSUMUL DE DROGURI ÎN ȘCOLI ȘI ÎN RÂNDUL POPULAȚIEI TINERE

În vederea obținerii de informații privind dimensiunea și tendințele înregistrate în consumul diferitelor droguri în populația școlară, Agenția Națională Antidrog a realizat, în anul școlar 2007- 2008, prin structurile din subordine (CPECA) și în colaborare cu structuri din subordinea Ministerului Educației, Cercetării și Inovării (Inspectoratul Școlar Județean, Centrul Județean de Asistență Psihopedagogică, unități școlare din învățământul preuniversitar) și Ministerului Administrației și Internelor (Inspectoratul Județean de Poliție), mai multe studii privind consumul de tutun, alcool și droguri ilicite în rândul populației școlare din învățământul preuniversitar.

Metodologie

Metoda de cercetare utilizată a fost ancheta sociologică cantitativă, iar instrumentul de cercetare aplicat a fost un chestionar structurat, autoadministrat simultan de mai multe persoane. Chestionarele au fost aplicate prin intermediul directorilor unităților de învățământ sau a altor cadre didactice (consilieri școlari/psihologi) din unitățile școlare selecționate.

Chestionarul

Chestionarul a avut 53 de întrebări și o durată maximă de aplicare de 50 minute (durata unei ore de curs). În chestionar au fost introduse întrebări filtru și întrebări de control, organizate pe 4 secțiuni (date socio-demografice, tutun, alcool și droguri ilicite) vizând cunoașterea opiniilor și atitudinilor elevilor față de consum și consumatori, tipurilor de droguri consumate, vârstei de debut, motivației pentru consum, disponibilității drogurilor pe piață și altor factori de risc și de protecție în cazul consumului de droguri (stima de sine, implicarea în activitățile școlare, modalitatea de petrecere a timpului liber, influența anturajului în luarea deciziilor, autoritatea părinților și implicarea acestora în educația copiilor, relația cu grupul de prieteni).

Eșantionarea – Studiul este reprezentativ pentru populația școlară din învățământul preuniversitar (licee și SAM - școli de arte și meserii) din județul/municipiul respectiv²⁶. Baza de eșantionare utilizată (lista cu efectivele școlare pe unități de învățământ în funcție de forma și nivelul de școlarizare) a fost pusă la dispoziție de Inspectoratul Școlar Județean. În mod concret, eșantionul utilizat a fost de tip probabilist, bistadial:

- cu stratificare în primul stadiu după următoarele criterii: anul de studiu (clasele IX/X/XI/XII/XIII) și tipul (licee/ școli de arte și meserii) și mediul unității de învățământ (urban/rural)²⁷ și tipul localităților urbane²⁸ (oraș reședință de județ/ celelalte orașe);
- aleatoare în al doilea stadiu - selecție aleatoare a localităților, instituțiilor de învățământ și claselor.

S-a stabilit un eșantion cu o marjă maximă de eroare de +/-3% la un nivel de încredere de 95%. Natura construcției eșantionului a conferit acestuia reprezentativitate pentru toate variabilele demografice considerate.

²⁵ <http://www.ana.gov.ro/rom/index.php>

²⁶ Pentru Brăila este reprezentativ la nivelul municipiului Brăila; pentru Buzău, Vrancea, Dolj, Olt și Vâlcea este reprezentativ la nivel județean.

²⁷ Nu și pentru Brăila

²⁸ Doar pentru județele Dolj, Olt și Vâlcea

- județul Buzău – pentru o populație școlară de 18093 de elevi, s-a stabilit un eșantion de 1007 de persoane, chestionarul fiind aplicat în 13 unități de învățământ (4 colegii, 4 grupuri școlare, 3 licee și 2 școli de arte și meserii);
- județul Dolj – pentru o populație școlară de 31331 de elevi, s-a stabilit un eșantion de 1032 de persoane, chestionarul fiind aplicat în 12 unități de învățământ (oraș reședință: 4 colegii, 2 grupuri școlare și 2 licee; celelalte orașe: 2 grupuri școlare și rural: 2 grupuri școlare);
- județul Olt – pentru o populație școlară de 20911 de elevi, s-a stabilit un eșantion de 1015 de persoane, chestionarul fiind aplicat în 11 unități de învățământ (oraș reședință: 4 colegii; celelalte orașe: 3 grupuri școlare, 1 liceu și 1 colegiu și rural: 2 licee);
- județul Vâlcea – pentru o populație școlară de 20562 de elevi, s-a stabilit un eșantion de 1015 de persoane, chestionarul fiind aplicat în 11 unități de învățământ (oraș reședință: 3 colegii și 3 grupuri școlare; celelalte orașe: 3 grupuri școlare și 1 liceu și rural: 1 liceu);
- județul Vrancea – pentru o populație școlară de 13094 de elevi, s-a stabilit un eșantion de 957 de persoane, chestionarul fiind aplicat în 19 unități de învățământ (10 grupuri școlare, 3 colegii, 3 licee și 3 școli de arte și meserii);
- municipiul Brăila – pentru o populație școlară de 12558 de elevi, s-a stabilit un eșantion de 984 de persoane, chestionarul fiind aplicat în 11 unități de învățământ (6 grupuri școlare, 4 licee și 1 colegiu).

Rezultate

Pentru analiza datelor a fost făcută ponderarea eșantionului. Analiza datelor²⁹ s-a făcut în programul SPSS și a urmărit stabilirea prevalenței consumului de droguri în funcție de diverse variabile socio-demografice (clasa, vârstă, sex, forma de învățământ, mediu familial, anturaj - grupul de prieteni și colegi), modele de consum, riscuri percepute etc. Pentru fiecare dintre aceste corelații au fost calculate teste de semnificație statistică.

Comparând rezultatele obținute în cadrul ESPAD³⁰ se observă că, la modul general, România este o țară cu prevalență scăzută în ceea ce privește consumul de alcool, tutun, droguri de către elevii de 16 ani.

În privința consumului de droguri licite, în studiile locale, cele mai mari prevalențe pentru consumul de tutun se înregistrează în Brăila, iar pentru consumul de alcool și starea de ebrietate în Dolj. Comparativ cu studiul la nivel național, se observă prevalențe mai mari pentru consumul de tutun (cu excepția județelor Vâlcea și Vrancea), pentru consumul de alcool (cu excepția municipiului Brăila) și consumul excesiv de alcool cu inducerea stării de ebrietate, rezultate previzibile având în vedere că:

- în ESPAD au participat doar respondenți cu vârsta de 16 ani, iar studiile realizate la nivel local sunt reprezentative pentru elevii care frecventează cursurile învățământului postgimnazial (14 – 19 ani sau chiar mai mult în cazul elevilor de la învățământul seral);
- se înregistrează valori mai mari pentru consum în cazul adolescenților cu vârste mai mari: există o asocieră semnificativă statistic între vârsta respondentului și prevalența consumului de tutun/alcool și starea de ebrietate de-a lungul vieții³¹.

În privința consumului de droguri ilicite, în studiile locale, prevalențe mai mari decât cele din ESPAD se înregistrează pentru consumul de:

- amfetamine în municipiul Brăila;
- steroizi anabolizanți în municipiul Brăila și județul Vâlcea;
- tranchilizante sau sedative fără prescripția medicală în municipiul Brăila și județul Dolj;

²⁹ În momentul de față studiul realizat în județul Buzău este finalizat (raportul final al studiului este disponibil pe site-ul ANA <http://www.ana.gov.ro/rom/index.php>), iar pentru cele realizate în Brăila, Dolj, Vâlcea și Vrancea sunt disponibile rezultatele preliminare obținute la analiza răspunsurilor referitoare la consumul de tutun, alcool și droguri ilegale; pentru studiul realizat în județul Olt se realizează curățarea bazei de date.

³⁰ Proiectul european pentru anchetele în școli privind consumul de alcool și alte droguri (ESPAD) - se desfășoară la intervale de 4 ani în peste 30 țări europene și se referă la adolescenții de 16 ani care frecventează cursuri de zi – învățământ postgimnazial (http://www.espad.org/documents/Espad/ESPADreports/2007/The_2007_ESPAD_Report-.pdf)

³¹ de ex în studiul realizat în județul Buzău: pentru asocieră dintre vârsta respondentului și consumul de tutun: λ simetric = 0,56, $p=0,015$; iar pentru asocieră între statutul de minori (adolescenții care au cel mult 17 ani)/majori (cei de 18 ani și peste) și consumul de alcool ($\chi^2 = 5,28$; $DF= 1$; $p=0,022$; ϕ (phi)= 0,08) și consumul excesiv de alcool, cu inducerea stării de ebrietate ($\chi^2 = 16,34$; $DF= 1$; $p=0,000$; ϕ (phi)= 0,13)

- alcool asociat cu pastile în județele Dolj și Vâlcea;
- marijuana/ hașiș și ecstasy în municipiul Brăila și județele Dolj și Vâlcea;
- heroină în municipiul Brăila și județele Buzău, Dolj și Vrancea;
- ciuperci halucinogene în municipiul Brăila și județele Buzău, Dolj și Vâlcea;

Tabel nr. 2-1: Prevalența consumului de substanțe psihoactive de-a lungul vieții, în rândul populației școlare (%)

consum pe parcursul vieții de	2007 - ESPAD		2008 – studii locale				
	Europa	România	Buzău	Brăila	Dolj	Vâlcea	Vrancea
țigări	60	54	56,6	61,1	60,7	47,8	51,3
vreunei/oricărei băuturi alcoolice	89	81	85	77,3	86,9	85,9	83,9
starea de ebrietate	50	34	37,5	40,9	50,9	44,4	40,6
tranchilizante sau sedative fără prescripția medicală	6	4	3,0	5,5	5,1	3,7	4,2
alcool asociat cu pastile	6	4	2,2	3,8	4,8	6,6	2,5
marijuana/ hașiș	19	4	2,3	5,7	8,2	5,4	2,0
ecstasy	3	1	0,1	4,5	1,3	2,1	0,3
heroină	1	0	0,2	0,5	0,7	0	0,4
cocaină	3	2	0,1	0,5	1,2	0,2	0,4
steroizi anabolizanți	1	1	0,3	2,9	0,7	1,6	0,9
amfetamine	3	1	0,3	3,4	0,1	0	0,4
ciuperci halucinogene	3	0	0,1	0,7	0,1	1,3	0
LSD /alte halucinogene	2	1		0,9	0,2	0,6	0,4
Ketamină	....	...	0,4	0,9	0,2	0	0,1
alte droguri	....	....		0,2	0,1	0,1	0,5

Sursa: ANA/IGPR

2.3 CONSUMUL DE DROGURI ÎN RÂNDUL GRUPURILOR ȚINTĂ / LOCAȚII SPECIFICE, LA NIVEL NAȚIONAL ȘI LOCAL

A. Agenția Națională Antidrog a realizat, în anul 2008, primul studiu privind *Prevalența consumului de droguri în spații recreative*, un proiect de cercetare vizând stilul de viață, atitudinile, cunoștințele și practicile referitoare la consumul de substanțe licite și ilicite în rândul tinerilor implicați în activități desfășurate în spațiul recreativ din București. Studiul a fost desfășurat în perioada 20 septembrie - 5 decembrie 2008 în parteneriat cu un grup de portaluri web și rețele sociale online implicate în promovarea evenimentelor recreative (www.nights.ro, www.afterhours.ro, www.clubbingradio.ro, www.metropotam.ro, www.beatfactor.ro, www.pubbing.ro, www.anyplace.ro) și a fost finanțat prin intermediul Acordului de finanțare 2008 semnat între Centrul European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de Droguri și Agenția Națională Antidrog.

Metodologie

Populația țintă a studiului a fost reprezentată de tinerii cu domiciliul în București cu vârsta cuprinsă între 15 și 34 de ani care frecventează spațiile recreative.

Metoda principală de cercetare utilizată a fost ancheta sociologică, iar instrumentele aplicate au fost două chestionare structurate:

- un chestionar aplicat on-line prin intermediul unor portaluri și rețele sociale online care promovează evenimentele recreative ex: afterhours.ro, nights.ro, clubbingradio.ro, metropotam.ro, beatfactor.ro, pubbing.ro, anyplace.ro, hi5.com pe un eșantion autonomizat de 1511 subiecți;
- un chestionar aplicat pe teren în mai multe cluburi și baruri reprezentative pentru activitatea recreativă de noapte din orașul București dintre care unul cu program *afterhours* (02-10), și la un concert de muzică *house* pe un eșantion de 320 de subiecți.

Atât portalurile on-line cât și localurile incluse în studiu au fost alese pe criterii de reprezentativitate în funcție de stilurile de muzică promovate, popularitate/notorietate în rândul celor care frecventează viața de noapte din București. Anterior, chestionarul a fost pre-testat în cadrul unui concert de muzică *house* pe 30 de subiecți.

Aplicarea chestionarelor a fost precedată de o componentă calitativă a cercetării care a constatat în desfășurarea a două focus-grupuri cu persoane cheie din mediul recreațional (tineri care frecventează cluburile, bodyguarzi, DJ, alte persoane implicate în industria petrecerii timpului liber).

Rezultate

Prin triangularea datelor obținute cu ajutorul celor 3 modalități diferite de colectare prezentate mai sus, s-au sintetizat următoarele concluzii:

Spațiul recreațional bucureștean reprezintă un tablou complex bine segmentat pe criterii de vârstă, prețuri, opțiuni muzicale/culturale.

Consumul de droguri în scop recreațional a devenit o realitate, la nivelul tuturor categoriilor de participanți la activitățile de petrecere a timpului liber înregistrându-se un consum de substanțe cu conținut psihotrop într-o largă varietate: marijuana, ecstasy, amfetamine, cocaina, LSD, ciuperci halucinogene, ketamina, bromomesalina, etc.

Prevalența consumului de droguri în spații recreaționale în cazul eșantionului on-line (eșantionul cel mai numeros din cadrul cercetării - 1511 respondenți) se încadrează în următorii parametri în funcție de perioada luată în calcul:

Tabel nr. 2-2: Prevalența consumului de droguri în spații recreaționale

	de-a lungul vieții	în ultimul an	în ultima lună	regulat (de mai multe ori pe lună)
Cannabis(Marijuana/Hașiș)	31,8%	16,2%	6,8%	3,5%
Tranchilizante/somnifere/sedative	5,4%	1,5%	0,9%	0,6%
Amfetamine	4,9%	1,8%	1,0%	0,6%
Ecstasy	10,9%	7,1%	4,0%	2,3%
LSD	2,5%	1,1%	0,4%	0,1%
Cocaină	5,7%	2,4%	0,4%	0,2%
Heroină	1,4%	0,3%	0,3%	0,1%
Ciuperci halucinogene	4,2%	1,5%	0,2%	0,1%

Sursa: ANA/IGPR

Subiecții au menționat consumul mai multor substanțe din afara listei prezentate anterior. Proporția acestor substanțe se prezintă astfel:

- 1% din respondenți au declarat că au consumat cel puțin odată în viață ketamină;
- 0,4% bromomesalina (2cb)-phenethylamine;
- 0,3% salvia divinorum- plantă cu efecte halucinogene care se găsește în magazinele care comercializează plante etnobotanice.

Alte substanțe menționate în proporție redusă au fost: DMT- dimetiltriptamină, DXM- Dextrometorfanul (substanță întâlnită în produsul farmaceutic *Tusin*), ice-metamfetamina cristale, datura – plantă de grădină ce conține o serie de alcaloizi foarte toxici pentru om, plante etnobotanice, medicamente cum ar fi *Regenon*, *Romparkin*.

Consumul de substanțe psihotrope declarat este în mare măsură experimental, puține fiind substanțele care se regăsesc în mențiunile referitoare la consumul regulat (în special marijuana și ecstasy). Este posibil ca acest fapt să se datoreze prețurilor prohibitive ale drogurilor raportat la puterea de cumpărare sau la prețul cu care acestea se comercializează în alte țări.

Prevalența consumului în ultima lună a înregistrat următoarele valori: 6,8% pentru cannabis (marijuana/hașiș), 0,9% pentru tranchilizante/somnifere/sedative, 1,0% pentru amfetamine, 4% pentru ecstasy, 0,4% pentru LSD (la fel ca pentru cocaină), 0,3% pentru heroină, 0,2% pentru ciuperci halucinogene. Totuși, se observă orientarea spre substanțe cu efecte apropiate drogurilor ilicite care se pot procura ușor și ieftin de pe piața licită cum ar fi de ex.: ketamina, tranchilizante, salvia divinorum (plante etnobotanice), etc.

Asocierea prevalenței consumului de droguri de-a lungul vieții cu diferite caracteristici sociodemografice

În funcție de caracteristicile sociodemografice studiate s-au observat următoarele diferențe privind consumul de substanțe:

Cannabisul este consumat îndeosebi de persoanele din intervalul de vârstă 25-34 (33,8%), o situație similară întâlnindu-se și în cazul cocainei (6,2%), și a ciupercilor halucinogene (6%). Ecstasy se

consumă cel mai frecvent în intervalul de vârstă 19-24 (10,5%) totuși diferența nu este foarte mare în comparație cu intervalul 15-18 ani (9,4%). Heroina are cea mai mare prevalență tot în intervalul 19-24 (2,1%), iar amfetaminele sunt cel mai frecvent consumate în intervalul 15-18 ani (6%).

Persoanele de sex feminin au declarat că au consumat cannabis (34,5%) în proporție mai mare decât cele de sex masculin (30,3%). Situația se inversează în cazul celorlalte substanțe investigate.

Daca analizăm asocierea dintre prevalența consumului de droguri de-a lungul vieții și variabila sex din punct de vedere al riscului relativ de a dezvolta comportamentul de consum, obținem un raport al șanselor în cazul amfetaminelor (OR) de 1,38 ori mai mare pentru sexul masculin³², în cazul ecstasy OR de 1,27 ori mai mare pentru sexul masculin³³, în cazul heroinei OR de 1.47 ori mai mare pentru sexul masculin³⁴, în cazul cocainei OR de 1,30 ori mai mare pentru sexul masculin³⁵. În cazul celorlalte substanțe nu s-au înregistrat diferențe semnificative.

Tabel nr. 2-3: Asocierea prevalenței consumului de droguri de-a lungul vieții cu variabilele “grupe de vârstă” și “sex”

Tip drog	Grupa de varstă (ani)			sex	
	15-18	19-24	25-34	Masculin	Feminin
Cannabis (Marijuana/Hasis)	25,6	31,8	33,8	30,3	34,5
Amfetamine	6,0	4,4	5,2	6,2	2,7
Ecstasy	9,4	10,5	3,9	12,3	8,6
Cocaină	1,7	5,4	6,2	6,8	3,7
Heroină	1,0	2,1	0,8	1,8	0,5
Ciuperci halucinogene	0,9	3,6	6,0	4,3	4,0
Tranchilizante				5,8	4,5

Sursa: ANA/IGPR

Respondenții cu studii superioare înregistrează cel mai înalt nivel al prevalenței (34%) pentru consumul de cannabis și pentru ciuperci halucinogene (4,4%). Amfetaminele (6,5%) și tranchilizantele (7,8%) sunt mai consumate în cazul celor cu studii primare/gimnaziale. Ecstasy (13,3%), cocaina (7,9%) și heroina (2,7%) sunt mai cunoscute de cei cu studii liceale sau școală profesională.

Tabel nr. 2-4: Asocierea prevalenței consumului de droguri de-a lungul vieții cu variabila “nivel de studii”

Tip drog	Studii		
	Primare/gimnaziale	Liceale/școală profesională	Superioare
Cannabis (Marijuana/Hasis)	16,9	31,2	34
Tranchilizante	7,8	6,8	4,2
Amfetamine	6,5	6,0	3,7
Ecstasy	6,5	13,3	10,2
Cocaină	2,6	7,9	4,8
Heroină	1,3	2,7	0,5
Ciuperci halucinogene	1,3	4,3	4,4

Sursa: ANA/IGPR

Vârsta medie de debut în consumul de droguri este diferită în funcție de tipul de drog experimentat. Astfel cea mai scăzută vârstă de debut se înregistrează la heroină: 18,4 ani.

³² CI :1,190 - 1,618 - pentru Cochran's $\chi^2 = 9,58$, pentru $p = 0,002$ $df = 1$ și Mantel-Haenszel $\chi^2 = 8,65$, $p = 0,003$, $df = 1$

³³ CI :1,114 - 1,467 - pentru Cochran's $\chi^2 = 9,36$, pentru $p = 0,002$ $df = 1$ și Mantel-Haenszel $\chi^2 = 8,71$, $p = 0,003$, $df = 1$

³⁴ CI :1,182 - 1,848 - pentru Cochran's $\chi^2 = 4,34$, pentru $p = 0,037$ $df = 1$ și Mantel-Haenszel $\chi^2 = 3,27$, $p = 0,070$, $df = 1$, nivel de semnificație statistică scăzut

³⁵ CI :1,115 - 1,533 - pentru Cochran's $\chi^2 = 7,04$, pentru $p = 0,008$ $df = 1$ și Mantel-Haenszel $\chi^2 = 6,31$, $p = 0,012$, $df = 1$

Tabel nr. 2-5: Vârsta medie de debut în consumul de droguri

Tip drog	Ani
Cannabis (Marijuana/Hasis)	19,8
Tranchilizante	19,8
Amfetamine	19,7
Ecstasy	20,6
LSD	20,9
Cocaină	21,6
Heroină	18,4
Ciuperci halucinogene	22,3

Sursa: ANA/IGPR

Sunt observabile asocieri dintre anumite stiluri muzicale/culturale și consumul anumitor tipuri de substanțe. Astfel drogurile sintetice *designer drugs* sunt prezente cu predilecție în spațiile care promovează muzica electronică *house/minimal*, de obicei în cluburi sau locații de tip *afterhours*, fără a fi un atribut exclusiv al acestora (există și alte asocieri ale unor tipuri de substanțe cu stilul *rock, punk, etc*).

Distribuția prevalenței consumului de droguri de-a lungul vieții în funcție de stilul de muzică preferat (prima opțiune)³⁶ ne oferă posibilitatea de a observa următoarele diferențe:

Tabel nr. 2-6: Distribuția prevalenței consumului de droguri de-a lungul vieții în funcție de stilul de muzică preferat (%)

	House	Pop	Hip/Hop Reggae	Rock	Punk	Disco (comercial)	Latino	Manele
Cannabis(Marijuana/Hașiș)	30,6	24,6	21,8	45,9	31	27,6	17,4	30,2
Tranchilizante	6,3	6,8	4,3	5,4	6,9	6,0	8,7	3,8
Amfetamine	6,3	0	3,6	3,1	6,9	3,4	0	0
Ecstasy	16,8	3,4	13,6	8,1	12,1	4,3	2,2	1,9
LSD	4,2	0,8	2,1	1,5	6,9	0	0	0
Cocaina	9,6	2,5	7,9	3,9	8,6	2,6	0	1,9
Heroina	1,9	0	0	1,9	1,7	0,9	0	0
Ciuperci halucinogene	5,7	5,1	7,1	4,6	3,4	4,3	2,2	1,9

Sursa: ANA/IGPR

1. Policonsumul: Mulți dintre cei care au declarat consumul de substanțe psihotrope nu s-au rezumat la un singur tip de substanță consumat. A rezultat astfel un policonsum de droguri - marijuana, alcool, amfetamine, ecstasy, tranchilizante, iar motivarea acestuia l-a reprezentat potențarea efectelor drogurilor consumate. Astfel 10.1% dintre respondenți declară că obișnuiesc/obișnuiau să consume substanțe psihoactive combinate. Cele mai frecvente combinații sunt cele în care sunt prezente alcoolul, cannabisul și/sau ecstasy: alcool și cannabis, alcool și ecstasy, alcool, cannabis și ecstasy, urmate de combinațiile: alcool și tranchilizante, alcool și amfetamine, alcool și LSD.

2. Percepția respondenților asupra tendințelor actuale. Subiecții au fost rugați să menționeze cel mult trei substanțe considerate la moda în contextul recreațional bucureștean. În urma analizei răspunsurilor s-a obținut următoarea clasificare:

- pe primul loc s-a situat cannabisul (marijuana/hașiș) cu 243 de mențiuni;
- al doilea drog considerat la modă a fost ecstasy cu 187;
- al treilea cocaina cu 115;
- urmează heroina cu 43 de mențiuni;
- LSD cu 27;
- Ketamina cu 25;
- au mai fost menționate și alte droguri într-o proporție mai redusă.

3. Particularități ale consumului de ecstasy

Respondenților le-a fost solicitat să ofere detalii cu privire la denumirile comerciale sub care pastilele de ecstasy/respectiv drogurile sintetice circulă pe piață. În urma analizei bazei de date s-a constatat

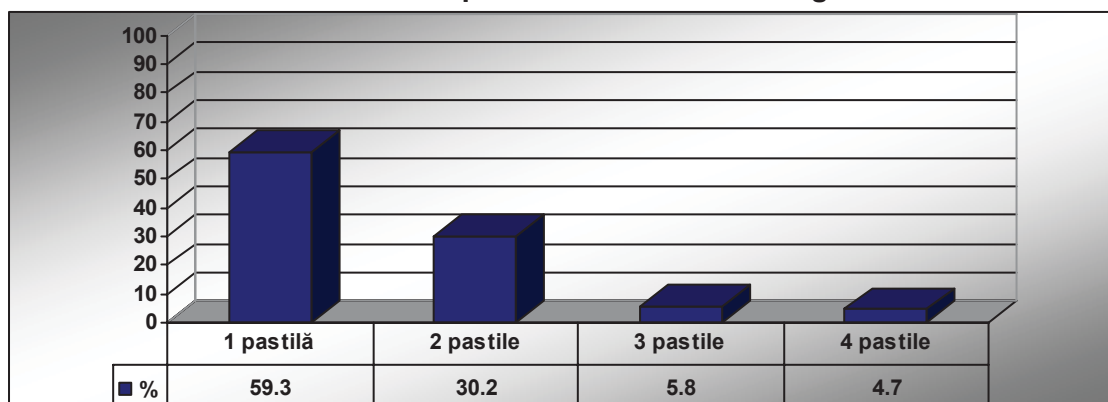
³⁶ Au existat cazuri în care respondentul a menționat ca primă opțiune mai multe genuri de muzică, acestea au fost adăugate pentru fiecare gen.

că acestea reprezintă denumiri ale unor subtipuri de pastile cu concentrație și rețetă diferită din clasa designer drugs - droguri sintetice (ecstasy/MDMA/ amfetamina sau bromomesalina, etc.).

După cum s-a observat și în cadrul componentei calitative a cercetării, denumirile provin de la logourile imprimate pe aceste pastile și se folosesc de obicei de notorietatea unor branduri cunoscute tinerilor (de mașini, haine etc). Astfel au fost menționate următoarele denumiri ale pastilelor ce conțin droguri sintetice (în special ecstasy dar și alte substanțe): Armani, Versace, Lacoste, Calvin Klein, Louis Vuitton, Chanel, Puma, Dolar, Euro, Lire, Porsche, Ferarri, Mitsubishi, Mercedes, Rolex, Marlboro, Smiley, Inimioara, Porumbel, Omega, Coroana, 007, 7 colours, Future, Motorola, Steaua lui David, Flower Power, Mickey Mouse, Tom&Jerry, Playboy, Yacuză, Elefant. Cel mai frecvent menționate denumiri au fost: Armani, Rolex, Puma, Mitsubishi, Inimioara, Fluture, Dolar, Smiley.

Celor care au declarat că au consumat ecstasy li s-au cerut lămuriri suplimentare. Astfel, conform afirmațiilor celor care au declarat consumul acestei substanțe psihoactive și care au răspuns la întrebare, cantitatea medie de ecstasy consumată la un eveniment/ocazie se încadrează în intervalul 1-4 pastile.

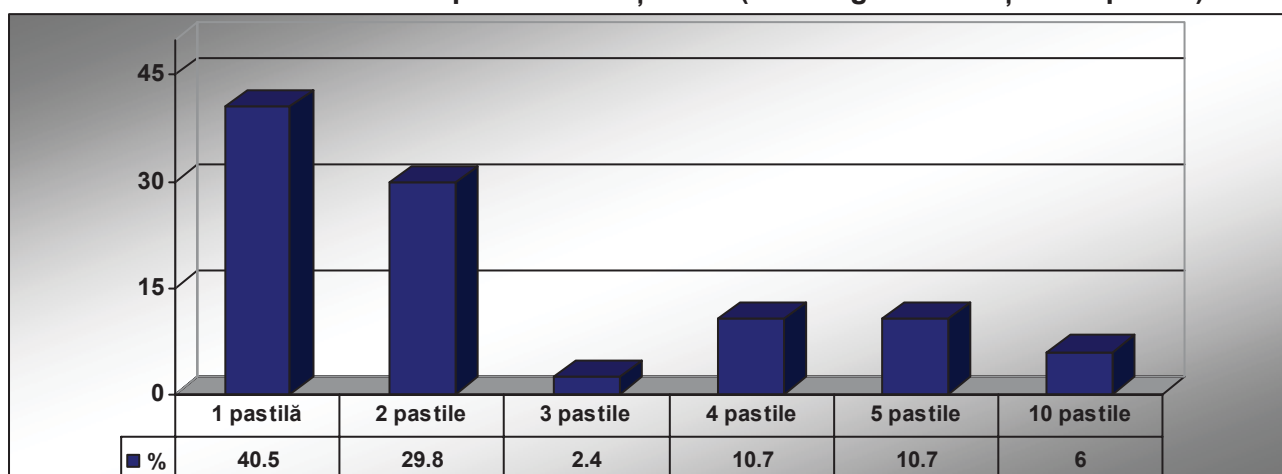
Grafic nr. 2-1: Numărul mediu de pastile consumat la o singură ocazie



Sursa: ANA/IGPR

Nici în cazul achizițiilor, consumatorii nu declară că fac provizii mari, media numărului de pastile achiziționate situându-se în intervalul 1-6 pastile.

Grafic nr. 2-2 Numărul mediu de pastile achiziționate (la o singură achiziție/cumpărare)



Sursa: ANA/IGPR

Mai jos, sunt prezentate câteva modele sintetice complexe de clasificare a trăsăturilor consumatorilor de ecstasy. Acestea au fost elaborate pe baza testării relațiilor dintre prevalența consumului de ecstasy și variabilele demografice, reprezentând stilul de viață, respectiv prevalența de-a lungul vieții a consumului de droguri, consumul de mai multe ori pe săptămână de alcool și consumul abuziv de alcool (definit ca și consumul a mai mult de 5 pahare la o singură ocazie).

Arbori de clasificare- au fost introduse variabilele mai sus menționate într-un algoritm de tip arbore decizional de clasificare *Chaid* (*Chi-squared Automatic Interaction Detection*).

Acest model statistic are o probabilitate de predicție pentru 92,8% din cazuri, în ceea ce privește prevalența consumului de ecstasy de-a lungul vieții (minimum *p. node*=15; minimum *c. node*=10). Cu ajutorul său s-au putut identifica o serie de subgrupuri în funcție de factorii care prezintă semnificație statistică pentru descrierea variabilei dependente.

Subgrupuri cu o probabilitate crescută de consum de ecstasy de-a lungul vieții, comparativ cu media :

- N4 – 88,9% dintre subiecții care au ca primă preferință muzica *house* și care au consumat cocaină;
- N7 – 72,7% dintre subiecții care au a 2-a/a-3-a preferință muzica *house* și care au consumat amfetamine;
- N11 – 60% dintre subiecții care au ca primă preferință muzica *house* și care au consumat cocaină și tranchilizante;
- N14- 27% dintre subiecții de sex masculin care merg des sau foarte des în cluburi *aftehours*, dar nu preferă muzica *house*;
- N13-20% dintre subiecții care merg des sau foarte des în cluburi, au a 2-a/a-3-a preferință muzica *house* și nu consumă amfetamină.

Regresia logistică reprezintă un alt un alt model sintetic de clasificare folosit pentru descrierea relațiilor dintre prevalența consumului de ecstasy de-a lungul vieții și celelalte variabilele analizate. Folosind metoda LR *forward stepwise*, s-a obținut un model în 8 pași (mai sus sunt prezentate rezultatele ultimului pas, model semnificativ la pasul 8 având $p=0,736$ la testul *Hosmer and Lemeshow Test Goodness of fit*). Modelul este adecvat pentru a descrie datele observate, pasul 8 având cel mai mare scor la testul *Nagelkerke R Square* =0,997 (corespondență puternică). Modelul clasifică corect 96.9 % dintre subiecți (70,5% consumatori ecstasy și 99,4% neconsumatori).

Conform modelului: - OR (raportul șanselor) de a consuma ecstasy:

- pentru cei care au muzica *house/minimal /electro/drum&bass* ca primă preferință este de 7,39 ori mai mare decât cei care nu declară că preferă acest gen de muzică; în cazul celor care preferă muzica rock (prima opțiune) raportul șanselor este de 10,43 ori mai mic față de cei care nu preferă muzica rock și de 27,02 ori mai mic pentru cei care au ca primă preferință muzica disco față de cei care nu declară preferință pentru acest tip de muzică,
- este de 66,10 ori mai mare pentru cei care au consumat marijuana, de 94,04 de ori mai mare pentru cei care au consumat amfetamine, de 203,98 ori mai mare pentru cei care au consumat LSD și de 25,93 ori mai mare pentru cei care au consumat ciuperci halucinogene.

Modelul analizei factoriale a permis următoarea clasificare în cazul prevalenței consumului de ecstasy de-a lungul vieții: S-a utilizat metoda analizei componentelor principale, folosind tehnica de rotație a variabilelor varimax cu normalizare Kaiser pentru simplificarea prezentării factorilor. Modelul a selectat 6 factori principali ($EV>1$) care explică 73,76% din varianță. Testul KMO oferă un coeficient de 0,533. Modelul este relativ adecvat pentru a descrie datele, semnificativ pentru Bartlett's $\chi^2=226,97$, $df=105$, $p=0,000$. Folosind metoda regresiei s-a calculat scorul fiecărui factor:

- pentru factorul F1 care descrie un grup de variabile ce explică 14,15% dintre cazurile de consum de ecstasy, un grad puternic de asociere este identificat pentru variabilele: frecvența participării la concerte, frecvența participării la petreceri private *underground house/rave*, și un grad moderat de asociere cu variabila consum de-a lungul vieții LSD. Astfel 14,15% dintre cei predispuși consumului de ecstasy prezintă o probabilitate crescută să frecventeze des sau foarte des concertele și petrecerile *underground house/rave* și să consume LSD;
- pentru factorul F2 care descrie un grup de variabile ce explică 13,01% dintre cazurile de consum de ecstasy un grad puternic de asociere este identificat pentru variabila studii și variabila vârstă: cu cât subiecții acestui subgrup au studii mai avansate, sunt mai în vârstă (tind spre intervalul 25-34) și au o condiție materială mai bună cu atât este mai probabil ca să consume ecstasy;
- pentru factorul F3 care descrie un grup de variabile ce explică 12,41% dintre cazurile de consum de ecstasy, un grad puternic de asociere ($>0,6$) este identificat pentru variabilele: consum de alcool de mai multe ori pe săptămână, consum de-a lungul vieții de LSD, sexul respondentului și un grad moderat de asociere pentru frecvența cu care vizitează cluburile *aftehours* $>0,4$ Astfel, 12,41% dintre subiecții predispuși consumului de ecstasy prezintă o probabilitate crescută să NU consume frecvent alcool, să fie de sex feminin, să consume LSD de-a lungul vieții și să frecventeze des sau foarte des cluburile *afterhours*;

- pentru factorul F4 care descrie un grup de variabile ce explică 11,91% dintre cazurile de consum de ecstasy, un grad puternic de asociere este identificat pentru variabilele: consum de cocaină de-a lungul vieții, consum de-a lungul vieții de amfetamine și variabila sex. Astfel, 11,91% dintre cei predispuși consumului de ecstasy prezintă o probabilitate crescută să consume substanțele mai sus menționate și să fie de sex masculin;
- pentru factorul F5 care descrie un grup de variabile ce explică 11,15% dintre cazurile de consum de ecstasy, un grad puternic de asociere este identificat pentru variabilele: frecvența cu care merge în cluburi, preferința pentru muzica rock, iar un grad moderat de asociere este identificat pentru variabila: consum cannabis de-a lungul vieții. Astfel, 11,15% dintre subiecții predispuși consumului de ecstasy prezintă o probabilitate crescută să frecventeze des sau foarte des cluburile, să NU asculte muzica rock și să consume cannabis;
- pentru factorul F6 care descrie un grup de variabile ce explică 11,11% dintre cazurile de consum de ecstasy, un grad puternic de asociere este identificat pentru variabila preferință pentru muzica *house/minimal/electro*, iar un grad moderat de asociere este identificat pentru variabilele: număr de ore petrecute în club, frecvența cu care merge în cluburi *afterhours*. Astfel, 11,11% dintre subiecții predispuși consumului de ecstasy prezintă o probabilitate crescută să asculte muzică *house/minimal electro*, să petreacă mai mult de 8 ore în club la o singură ieșire și să frecventez des sau foarte des cluburile *afterhours*.

B. Un alt studiu realizat în anul 2008 de ANA a fost cel privind *Prevalența consumului de droguri în rândul persoanelor care practică sexul comercial*, desfășurat în perioada octombrie-noiembrie în București.

Metodologie

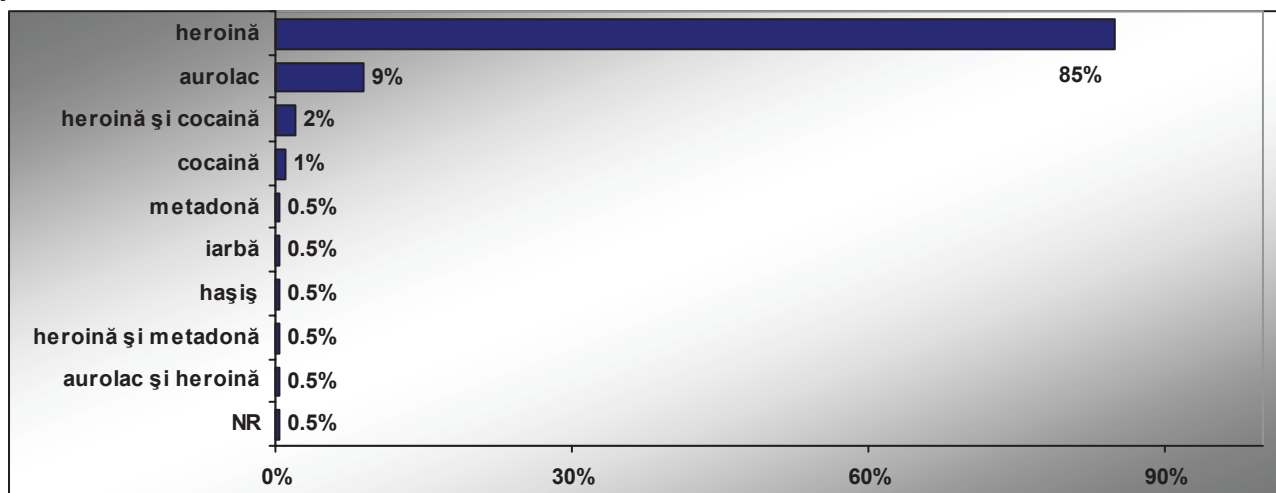
1. *Obiectivul general* - studierea comportamentelor legate de consumul de droguri și bolile infecțioase în rândul unor grupuri la risc: - persoanele care practică sexul comercial din zona București.
Obiectivele specifice au fost următoarele:
 - Obținerea de date privind cunoștințele, atitudinile și practicile legate de consumul de droguri în rândul persoanelor care practică sexul comercial din zona București;
 - Obținerea de informații despre practicile la risc – injectare, comportament sexual.
2. Eșantionul - 200 de persoane practicante ale sexului comercial.

Rezultate

Media de vârstă la care persoanele incluse în studiu au declarat că și-au început viața sexuală a fost de 14,9 ani.

85% dintre respondente au menționat că ele consumă în mod uzual heroină, 9% aurolac, 2% amestec de heroină cu cocaină (*speed ball*) și 1% cocaină.

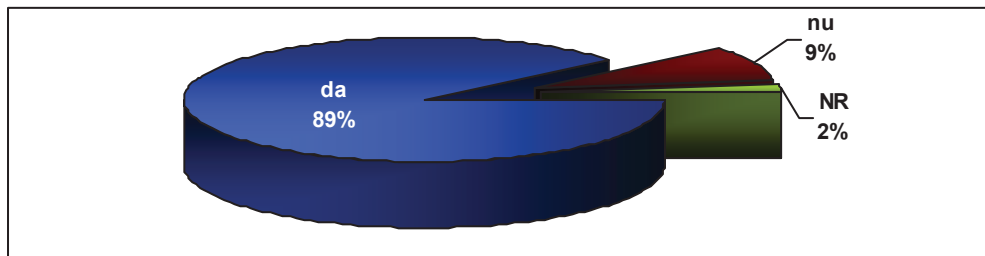
Grafic nr. 2-3: Prevalența consumului de droguri de-a lungul vieții în rândul persoanelor care practică sexul comercial



Sursa: ANA/IGPR

În ceea ce privește calea de administrare a drogului, 89% dintre subiecți au menționat că s-au injectat cel puțin o dată în viață.

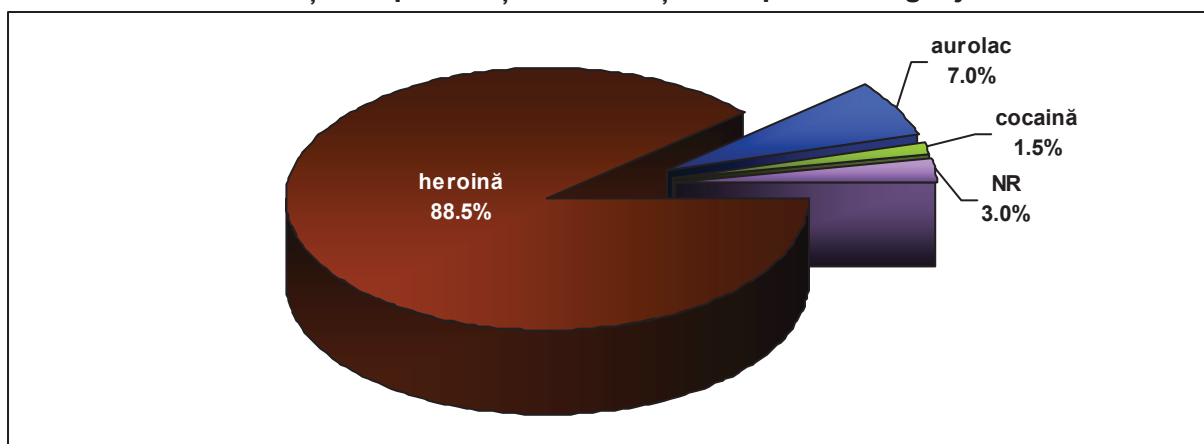
Grafic nr. 2-4: Distribuția respondenților în funcție de răspunsurile la întrebarea: *Te-ai injectat vreodată pentru a-ți administra droguri (nu în scop medical)?*



Sursa: ANA/IGPR

Dintre aceștia, 88,5% și-au injectat heroină.

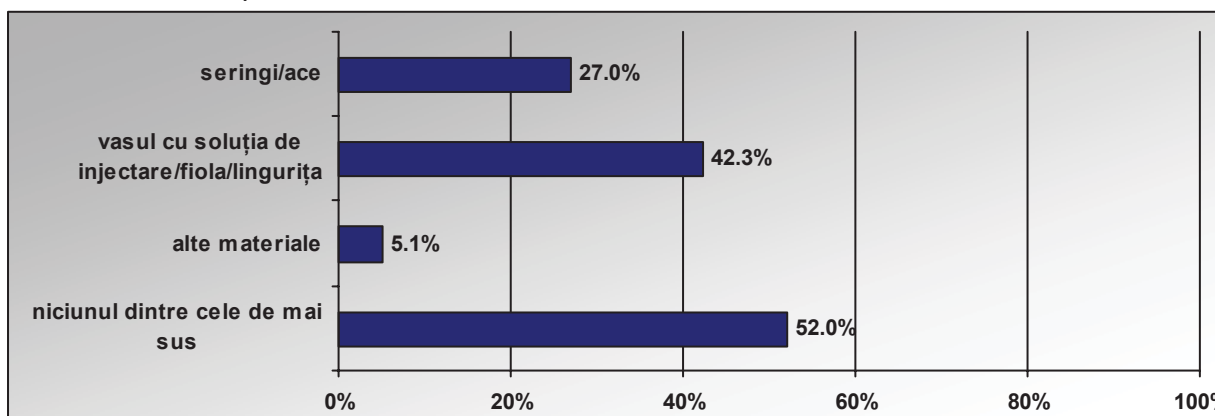
Grafic nr. 2-5: Distribuția respondenților în funcție de tipul de drog injectat



Sursa: ANA/IGPR

Comportamentul de injectare a fost testat prin adresarea întrebării „Ai folosit în comun în ultima săptămână...?”, 27% dintre respondente menționând că au folosit în comun ace/seringi în ultima săptămână.

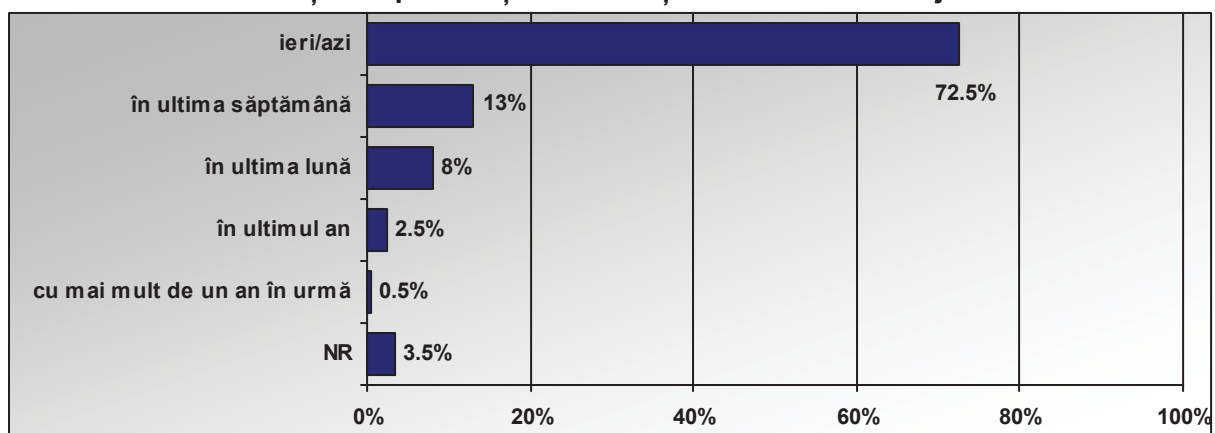
Grafic nr. 2-6: Distribuția respondenților în funcție de răspunsurile la întrebarea: „Ai folosit în comun în ultima săptămână...?”



Sursa: ANA/IGPR

Data ultimei injectări este foarte recentă, 72,5% dintre cei care au declarat consumul de droguri injectabile, menționând că s-au injectat în ultimele 24 de ore.

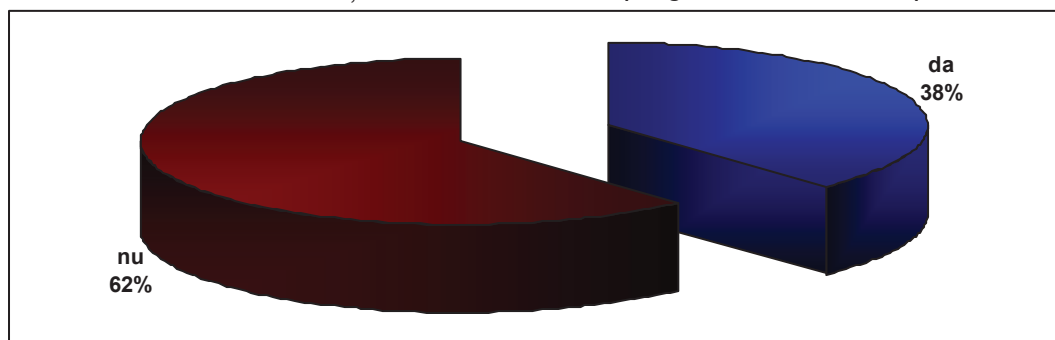
Grafic nr. 2-7: Distribuția respondenților în funcție de istoricul de injectare



Sursa: ANA/IGPR

62% dintre respondente au menționat că au accesat unul dintre serviciile medicale de asistență în ultimele 12 luni, iar 38% au declarat că în ultimele 12 luni au fost incluse în serviciile specializate de asistență pentru consum de droguri.

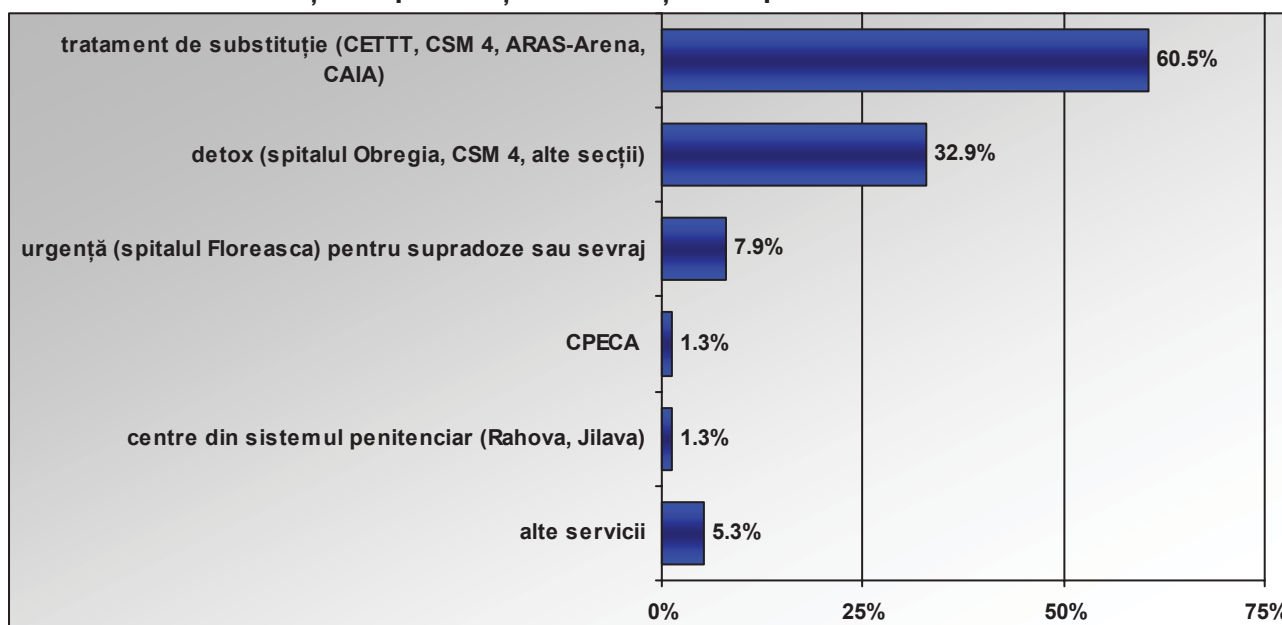
Grafic nr. 2-8: Distribuția respondenților în funcție de răspunsurile la întrebarea: În ultimele 12 luni anterioare interviului, ați fost inclus în vreun program de tratament pentru consumul de droguri?



Sursa: ANA/IGPR

Majoritatea respondenților au fost înregistrați la servicii de substituție cu metadonă (60,5%), dezintoxicare (32,9%) și urgență (7,9%).

Grafic nr. 2-9: Distribuția respondenților în funcție de tipul serviciului accesat



Sursa: ANA/IGPR

Capitolul 3 – Prevenire

Noi tendințe și direcții

În anul 2008 derularea activităților din domeniul prevenirii consumului de droguri s-a realizat pe baza obiectivelor Strategiei Naționale Antidrog (SNA) 2005 - 2012, fiecare minister sau organizație nonguvernamentală având responsabilități specifice. De asemenea, prin intermediul asistenței tehnice și financiare oferite de UNODC – Biroul România, a fost întocmit proiectul Planului de Acțiune pentru perioada 2009-2012 în domeniul prevenirii și asistenței consumatorilor de droguri.

În scopul îmbunătățirii calității intervențiilor în domeniul prevenirii consumului de droguri, în urma propunerii Agenției Naționale Antidrog (ANA), a fost adoptată *Hotărârea de Guvern (HG) nr. 1.101/2008³⁷, privind aprobarea Programului de interes național de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri – 2009 - 2012*. Programul are prevăzut pentru implementare în patru ani (2009-2012) un buget de 3.944 mii lei, urmând a fi finanțat integral de la bugetul de stat, în limita fondurilor disponibile. În textul HG se stipulează că subprogramele și proiectele componente ale Programului se elaborează de către furnizorii autorizați de servicii de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri. Evaluarea și selecția proiectelor se realizează la nivelul ANA. Monitorizarea implementării proiectelor finanțate în cadrul programului se asigură, la nivel național, de ANA, iar la nivel local, prin centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog (CPECA) competente. De asemenea, controlul utilizării fondurilor alocate în cadrul programului se asigură de către ANA.

Obiectiv general de dezvoltare:

Implicarea societății civile în lupta împotriva consumului ilicit de droguri, prin participarea la finanțarea proiectelor și acțiunilor ANA, în conformitate cu obiectivul numărul 4 din capitolul VII al SNA în perioada 2005 - 2012, aprobată prin HG nr. 73/2005.

Scop: Dezvoltarea unor servicii profesionalizate de prevenire a consumului ilicit de tutun, alcool și droguri pentru:

- formarea unor atitudini și practici la nivelul întregii populații aflate într-o formă de învățământ, prin intermediul programelor școlare și de petrecere a timpului liber, în scopul adoptării unui stil de viață sănătos, fără tutun, alcool și droguri;
- creșterea influenței factorilor de protecție la vârste mici pentru evitarea sau cel puțin întârzierea debutului consumului de tutun, alcool și droguri;
- sensibilizarea și educarea populației școlare în scopul evitării consumului experimental/recreațional de droguri și trecerii de la acesta la consumul regulat.

Obiective generale:

- dezvoltarea unui serviciu de informare și consiliere telefonică de tip permanent;
- prevenirea consumului de tutun în rândul adolescenților și tinerilor, prin dezvoltarea atitudinilor și practicilor sănătoase de viață;
- prevenirea consumului de alcool în rândul adolescenților din grupa de vârstă 15 -17 ani, prin dezvoltarea atitudinilor personale și sociale;
- reducerea riscurilor asociate consumului de droguri;
- reabilitarea și reinserția socioprofesională a consumatorilor de droguri.

I. Subprogramul *Dezvoltarea serviciului de informare și consiliere telefonică pentru consumatorii de droguri*

Scopul: Întărirea capacității instituționale a sistemului național de prevenire a consumului ilicit de droguri, prin înființarea de servicii profesionalizate de prevenire cu adresabilitate comunitară, în acord cu principiile SNA 2005 - 2012 (activitatea I.1.C1.9 din Planul de acțiune pentru implementarea SNA în perioada 2005 - 2008).

Obiectiv general: dezvoltarea unui serviciu telefonic de informare și consiliere de tip permanent a cărui misiune este să primească semnalările cu privire la situațiile cu risc crescut de consum de

³⁷ Hotărârea de Guvern nr. 1.101 din 18 septembrie 2008 privind aprobarea Programului de interes național de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri – 2009 - 2012 (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 672 din 30 septembrie 2008);

droguri, precum și la situațiile de consum și dependență și să asigure consilierea telefonică în aceste situații.

Obiective specifice:

- crearea și dezvoltarea de servicii integrative tip informare și consiliere destinate consumatorilor de droguri și foștilor consumatori de droguri, în vederea acordării de suport informațional, psihologic și social în situații de criză;
- crearea și dezvoltarea de servicii integrative tip informare și consiliere destinate părinților consumatorilor și ai foștilor consumatori, în vederea acordării de suport informațional, psihologic și social în situații de criză și a creșterii factorilor de protecție familiali;
- crearea și dezvoltarea de servicii integrative tip informare și consiliere destinate comunităților locale, inclusiv comunităților profesionale interesate de domeniul adicțiilor, intervențiilor în situații de criză etc.;
- dezvoltarea unui sistem telefonic de informare și consiliere abilitat să refere cazuri către sistemul național de asistență a consumatorilor de droguri;
- sprijinirea implementării standardelor minime obligatorii ale serviciului telefonic prin consultarea specialiștilor aparținând unor servicii similare.

II. Subprogramul *Prevenirea consumului de tutun în populația școlară*

Scopul: întărirea capacității instituționale a sistemului național de prevenire a consumului ilicit de droguri, prin înființarea unor servicii profesionalizate de prevenire a consumului de tutun cu adresabilitate școlară, în acord cu principiile SNA 2005 - 2012 (activitatea I.1.A.1.24 și I.1.C.4.4 din Planul de acțiune pentru implementarea SNA în perioada 2005 - 2008).

Obiectiv general: prevenirea consumului de tutun în rândul adolescenților și tinerilor, prin dezvoltarea atitudinilor și practicilor sănătoase de viață.

Obiective specifice:

- crearea și dezvoltarea de servicii integrative tip informare în legătură cu riscurile consumului de tutun și cu sistemul de publicitate a produselor din tutun;
- crearea și dezvoltarea de servicii integrative tip formare de abilități individuale și sociale de rezistență la consumul de tutun;
- crearea unui sistem integrat de prevenire a consumului de droguri abilitat să refere cazurile de consum către serviciile comunitare de renunțare la fumat.

III. Subprogramul *Prevenirea consumului de alcool în populația școlară*

Scopul: întărirea capacității instituționale a sistemului național de prevenire a consumului ilicit de droguri, prin înființarea unor servicii profesionalizate de prevenire a consumului de alcool cu adresabilitate școlară, în acord cu principiile SNA 2005 - 2012 (activitatea I.1.A.1.5 și I.1.A.2 din Planul de acțiune pentru implementarea SNA în perioada 2005 - 2008).

Obiectiv general: prevenirea consumului de alcool în rândul adolescenților din grupa de vârstă 15 -17 ani, prin dezvoltarea atitudinilor personale și sociale.

Obiective specifice:

- crearea și dezvoltarea de servicii integrative tip informare în legătură cu riscurile consumului de alcool și cu sistemul de publicitate a produselor din alcool;
- crearea și dezvoltarea de servicii integrative tip formare de abilități individuale și sociale de rezistență la consumul de alcool;
- crearea unui sistem integrat de prevenire a consumului de droguri abilitat să refere cazurile de abuz de alcool către serviciile de asistență integrată.

IV. Subprogramul *Prevenirea selectivă a consumului de droguri adresat părinților în vederea creșterii influenței factorilor familiali de protecție și scăderii influenței factorilor de risc*

Scopul: întărirea capacității instituționale a sistemului național de prevenire a consumului ilicit de droguri, prin înființarea unor servicii profesionalizate de prevenire selectivă cu adresabilitate familială, în acord cu principiile SNA 2005 - 2012 (activitatea I.1.C1.9. din Planul de acțiune pentru implementarea SNA în perioada 2005 - 2008).

Obiectiv general: reducerea factorilor de risc și creșterea factorilor de protecție în mediul familial prin îmbunătățirea abilităților educative ale părinților, întărirea legăturilor familiale și clarificarea poziției familiei față de consumul de droguri, pentru prevenirea abuzului de droguri la preadolescenții de clasa a VII-a aflați în situații cu risc crescut, prin implementarea proiectului PROTEGO.

Obiective specifice:

- dezvoltarea și diversificarea modalităților de intervenție în vederea prevenirii selective cu adresabilitate familială;
- formarea unui număr de 64 de monitori principali în vederea implementării programului PROTEGO;
- formarea unui număr de 128 de monitori auxiliari din rândul cadrelor didactice din 64 de școli din București, Constanța, Iași, Cluj - Napoca, Timișoara și Brașov;
- formarea unui număr de 1.354 de părinți în abilități educative pentru prevenirea adicțiilor.

În scopul implementării în cele mai bune condiții a conținuturilor curriculei și în conformitate cu caracteristicile programului, monitorii principali participanți la program vor fi psihologii, asistenții sociali sau specialiști în educație din cadrul organizațiilor/fundațiilor care vor câștiga licitația de proiecte.

Monitorii auxiliari vor fi selectați dintre consilierii școlari și educativi din cadrul școlilor participante, rolul acestora fiind atât de atragere a părinților, cât și de observare și de sprijin în prezentarea informațiilor, discuțiile de grup și realizarea de exerciții de modelare și testare a comportamentului. Monitorii auxiliari vor fi formați de echipele de monitori principali în cadrul unor ședințe organizate la nivel local, cu sprijinul școlilor participante.

În anul 2008, în cadrul Proiectului multianual Phare 2004-2006 *Înființarea Autorității Naționale pentru Calificări – ANC*, implementat de Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse, cu asistență tehnică din Olanda, s-a elaborat standardul ocupațional (SO) *Monitor în prevenirea adicțiilor*, pentru nivel liceal. *Monitorul în prevenirea adicțiilor* își desfășoară activitatea în școli generale, licee, tabere școlare pentru elevi din gimnaziu și/sau liceu, fiind responsabil cu elaborarea și implementarea, conform standardelor minime de calitate în domeniu, a sesiunilor de prevenire a consumului de droguri pentru copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 12 și 18 ani.

În urma recomandărilor metodologice ale Centrului European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de Droguri (EMCDDA), principalele tendințe înregistrate în domeniul prevenirii, la nivelul anului 2008, au constat într-o adaptare a programelor/ proiectelor/campaniilor naționale, regionale și locale la caracteristicile de consum și optimizarea sistemului de evaluare și monitorizare a programelor, prin creșterea numărului de programe care includ indicatori de evaluare a procesului și a rezultatelor obținute în urma implementării. Fundamentarea proiectelor de prevenire s-a realizat pe baza rezultatelor *Proiectului European de Studiu al consumului de alcool și alte droguri în școli (ESPAD) 2007* și *Studiului în Populația Generală (GPS) 2007*.

3.1 PREVENIRE UNIVERSALĂ

Majoritatea programelor de prevenire a consumului de droguri au continuat, și în anul 2008, să pună accentul în primul rând pe informarea privind riscurile consumului de alcool, tutun și droguri, precum și efectele pe termen scurt, mediu și lung ale consumului, existând însă și programe care urmăresc formarea de abilități cu rol de factori de protecție în consumul de droguri (abilități de comunicare, exprimare a emoțiilor, managementul stresului și agresivității, abilități de a face față situațiilor limită și celor cu caracter traumatogen, etc). În mediile specializate din România, se constată o mai bună conștientizare a eficienței programelor de prevenire centrate pe formarea și consolidarea abilităților personale care au rol de factor de protecție în consumul de droguri.

3.1.1 PREVENIREA ÎN ȘCOALĂ

În anul 2008, conform Planului Național de Acțiune 2005 - 2008, au fost elaborate 10 proiecte naționale și aproximativ 300 proiecte locale, ajungându-se astfel în medie la realizarea în fiecare județ a 1 - 3 proiecte.

Un element distinctiv în implementarea interinstituțională a proiectelor de prevenire a consumului de droguri în școală, în anul 2008, l-a reprezentat implicarea activă a cultelor religioase. Au fost implementate 9 proiecte de prevenire în mediul școlar și universitar, în parteneriat cu organizații religioase (culte), proiecte care au avut ca beneficiari direcți 3.000 de elevi și studenți și aproximativ 100 profesori de religie.

Majoritatea programelor și proiectelor naționale cu adresabilitate la populația școlară în domeniul prevenirii consumului de droguri au fost implementate de ANA și Ministerul Educației, Cercetării și Inovării (MECI).

În anul 2008, MECI, în parteneriat cu Organizația Salvați Copiii, ANA și Fundația Tineri pentru Tineri, a continuat implementarea Programului Național *Educație pentru sănătate în școala românească*, inițiat în anul 2002 și care are ca obiectiv adoptarea de către elevi a unui stil de viață sănătos și responsabil: au fost tipărite și distribuite către școli și inspectorate școlare materiale promoționale și un număr de 20.000 de exemplare ale buletinului informativ al acestui program național, au fost difuzate spoturi radio și organizate concursuri cu tema „Descoperă o lume sănătoasă”. De asemenea, au avut loc trei întâlniri ale Comisiei Naționale pentru Educație în scopul evaluării rezultatelor implementării programului și planificării evoluției ulterioare a acestuia, care s-au finalizat cu elaborarea unei metodologii calitative de evaluare a impactului activităților desfășurate. Până în momentul de față, 2.615.930 de elevi din clasele I - XII au fost incluși în activități curriculare și extracurriculare specifice, dintre care 466.773 au participat la acest tip de activități în anul 2008.

Proiectul prin care s-a urmărit formarea de abilități cu rol de factori de protecție în prevenirea consumului de droguri *Opțiune – Acces la Succes*³⁸ a avut ca obiectiv general informarea și sensibilizarea față de fenomenul drogurilor, a elevilor și părinților lor din 17 licee din București, precum și dezvoltarea unor abilități cu rol de factori de protecție în consumul de droguri, prin teatru. În acest sens, au fost organizate 185 de sesiuni de informare cu elevii, 32 de reprezentații cu/ale/pentru spectacolul *100% risc droguri*, la care au asistat 1.600 de elevi și 46 de sesiuni de prevenire la care au participat 1.190 de elevi și au fost elaborate și distribuite ghiduri de informare destinate părinților și 400 afișe - program ale spectacolului.

În anul școlar 2007 - 2008 a fost organizată cea de-a V-a ediție a Programului *Mesajul meu antidrog* care are ca obiectiv general prevenirea consumului de droguri prin implicarea elevilor și a studenților în activități extrașcolare³⁹, prin intermediul cărora să fie promovat un mesaj antidrog de tip pozitiv, și este organizat pe mai multe secțiuni⁴⁰: pagină web, fotografie digitală, spot audio-video, film de scurt metraj; creație muzicală; proiecte ecologice. În anul de referință, beneficiarii direcți ai proiectului național au fost aproximativ 220.000 elevi și studenți, iar beneficiarii indirecti au fost aproximativ 20.000 de cadre didactice și alți profesioniști din cadrul sistemului de învățământ.

Proiecte adresate exclusiv prevenirii consumului de substanțe licite

Proiectul național *Clase fără fumat* (proiect aflat la a IV-a ediție) a fost implementat de ANA, în parteneriat cu MECI, Asociația Aer Pur România, Biroul Regional al Consiliului Internațional în domeniul Adicțiilor pentru Europa de Est și Asia Centrală (ICAA) și Federația Internațională a Comunităților Educative din România (FICE). Proiectul a avut ca obiectiv general prevenirea consumului de tutun în rândul elevilor din grupa de vârstă 11 - 15 ani, din București și din 19 județe din România, prin dezvoltarea de abilități personale și sociale. Beneficiarii direcți ai proiectului din acest an școlar au fost 11.000 elevi din 360 de clase, iar beneficiari indirecti au fost aproximativ 400 de cadre didactice și consilieri educativi.

Pentru creșterea calității activității de prevenire a consumului de droguri în mediul școlar s-au avut în vedere două aspecte: formarea cadrelor didactice și recrutarea și formarea voluntarilor elevi și studenți. Astfel, în baza colaborării dintre ANA, FICE România și Inspectoratul Școlar al Municipiului București a continuat programul de pregătire⁴¹ a voluntarilor în domeniul prevenirii consumului de droguri în școală, iar majoritatea CPECA au organizat⁴² stagii de formare a cadrelor didactice și a elevilor voluntari în domeniul prevenirii consumului de droguri.

³⁸ Vezi Raport Național 2008

³⁹ culturale, artistice și sportive

⁴⁰ se acordă premii pentru fiecare secțiune; evaluarea conținutului lucrărilor în cadrul fiecărei secțiuni a avut la bază următoarele criterii: încadrarea în cerințe (tematică și dimensiuni); promovarea mesajelor pozitive; originalitatea mesajului și subiectului ales; acuratețea stilului, claritatea limbajului etc.

⁴¹ care cuprinde cursuri de formare teoretică și practică a elevilor folosind printre altele, ca suport de curs, ghidul realizat de ANA pentru pregătirea voluntarilor în vederea specializării acestora în metoda *peer to peer education* (prevenirea în școală și comunitate între egali)

⁴² unele dintre ele fiind incluse ca activități distincte în cadrul proiectelor naționale, cum ar fi concursul național *Mesajul meu antidrog* sau concursul național de proiecte antidrog *Împreună*, altele ca activități distincte ale unor proiecte locale

3.1.2. PREVENIREA ÎN FAMILIE

În anul 2008, nu au fost implementate proiecte naționale care să fie centrate pe familie, dar au fost derulate, în acest sens, câteva proiecte la nivel local (în 11 din cele 41 județe din România). Dintre acestea menționăm:

- Proiectul *Învață, ca să-ți înveți copilul!*, implementat de CPECA Brăila, adresat părinților și elevilor din clasele V - VIII, care a avut drept obiective informarea cu privire la factorii de risc și de protecție din mediul familial pentru prevenirea consumului de alcool, tutun sau droguri, precum și modelarea abilităților de comunicare eficientă între părinți și copii prin dezvoltarea unor strategii educative eficiente și, respectiv, responsabilizarea părinților cu privire la rolul familiei în prevenirea consumului de alcool, tutun și droguri la copii și adolescenți;
- Proiectul *Pentru un copil sănătos*, derulat de CPECA Botoșani, în parteneriat cu Asociația MYOSOTIS Bârlad - Centrul de Sănătate Myosotis. Obiectivul general l-a reprezentat conștientizarea tinerelor mame asupra riscurilor pe care le implică consumul de substanțe asupra copilului. Obiectivele specifice ale proiectului au fost: promovarea stilului de viață sănătos de către tinerele mame în familie și în societate, conștientizarea riscurilor consumului de droguri, dezvoltarea unor norme familiale cu privire la consumul de tutun, alcool și droguri, cunoașterea de către tinerele mame a factorilor de risc și de protecție în consumul de droguri, creșterea calității relației mamă-copil, întărirea legăturilor dintre copii și familie. Beneficiari direcți ai proiectului au fost 60 de tinere mame aflate în evidența Centrului de Sănătate Myosotis, cu vârsta cuprinsă între 16 și 35 ani, iar beneficiarii indirecti – familiile tinerelor mame și comunitatea locală. Proiectul se implementează la Centrul de Sănătate Myosotis Bârlad;
- CPECA Galați a implementat proiectul *Împreună pentru o familie mai bună*, ce a avut ca obiectiv general reducerea factorilor de risc și creșterea factorilor de protecție familiali la elevii de vârstă școlară din ciclul primar din localitatea Negrea, județul Galați, prin îmbunătățirea abilităților educative ale părinților, prin întărirea legăturilor familiale și clarificarea poziției familiale față de consumul de droguri, precum și prin consolidarea relației familie – școală – comunitate. Proiectul s-a adresat unui număr de 24 părinți din localitatea Negrea, comuna Schela, județul Galați, cu copii cu vârste între 7 și 11 ani. În cadrul acestui proiect au fost desfășurate șapte activități a câte 80 de minute, în care părinții au primit materiale informative privind consumul de substanțe. Metodele de lucru cu grupul au fost: jocul de rol, jocul de energizare și de cunoaștere, conversația euristică, prelegerea, activități de grup, vizionare de filme documentare, discuții interactive pe teme date, evaluarea realizându-se după metoda observației participative a membrilor echipei proiectului;
- Proiectul implementat, în perioada martie - decembrie 2008, de specialiștii CPECA Călărași *Mamă, sunt dependent de tine!*, în parteneriat cu Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC), a urmărit prevenirea consumului de tutun, alcool și droguri la mamele și viitoarele mame găzduite în Centrul Maternal din cadrul Complexului de Servicii Comunitare al DGASPC. Pentru atingerea obiectivului, la Complexul de Servicii Comunitare a fost realizat un punct de informare cu tematică antidrog, care a funcționat pe toată perioada derulării proiectului. Cu sprijinul specialiștilor centrului maternal (5 specialiști/sesiune: 2 asistenți medicali, 2 asistenți sociali, psiholog), au fost realizate 8 sesiuni de informare a celor 12 mame rezidente, în două serii de câte 6 mame/serie. Fiecărei serii le-au fost prezentate patru teme specifice proiectului. S-au aplicat 48 de chestionare de evaluare, după fiecare sesiune de informare și s-au distribuit 92 pliante informative cu teme specifice proiectului.

3.1.3. PREVENIREA ÎN COMUNITATE

Au fost stabilite demersurile necesare înființării de servicii de resurse comunitare în cadrul unor proiecte naționale și/sau locale, în funcție de criteriile de eligibilitate ale agențiilor finanțatoare. Astfel, în scopul evaluării nevoilor locale legate de înființarea unor astfel de servicii comunitare, au fost organizate în perioada de referință 94 de întâlniri între reprezentanții autorităților publice locale și alte organizații implicate în finanțarea și implementarea programelor de prevenire comunitară.

În anul 2008, ANA s-a alăturat Actavis, Primăriei Municipiului București și Organizației European Cities Against Drugs (ECAD) în cadrul parteneriatului prin care Primăria Capitalei devine membru ECAD și partener activ în cadrul programului de prevenire a consumului de droguri în rândul tinerilor *Youth in Europe*, care își propune să compare strategiile de prevenire a consumului de droguri și să identifice cele mai bune practici din țările Europei. În decembrie a avut loc, la București, primul atelier

de lucru al ECAD în România. În cadrul acestuia au fost prezenți experți europeni în domeniul prevenirii din Reykjavík, Vilnius, Sofia, St. Petersburg, București, Istanbul, Oslo, Helsinki, Stockholm, Kaunas, Klaipeda, abordându-se subiecte de actualitate în prevenire, cum ar fi: modele de intervenție în spațiul recreațional, activități de testare a substanțelor consumate de tineri, etc.

În perioada ianuarie – decembrie 2008, cele 47 CPECA au desfășurat, cu sprijinul/împreună cu diferite instituții, asociații sau organizații cu preocupări în acest domeniu, 16 proiecte și 218 activități de informare - educare antidrog care au avut ca beneficiari direcți 5.266 persoane, elevi și cadre din diverse instituții, aparținând serviciului militar, jandarmilor, polițiștilor comunitari și polițiștilor de proximitate și 600 de beneficiari indirecti (familiile celor implicați).

Programul pentru scăderea consumului de tutun prin încurajarea renunțării la fumat, coordonat de Institutul de Pneumofiziologie *Marius Nasta* și derulat prin centrele de consiliere pentru renunțare la fumat, a avut ca obiectiv crearea liniei telefonice *Stop fumat*, formarea a 75 de medici în tratamentul tabagismului și realizarea unui ghid național pentru tratamentul tabagismului.

În perioada de referință, activitatea celor trei centre de consiliere pentru renunțarea la fumat, a constat în următoarele:

- asistarea, în vederea renunțării la fumat, a unui număr de 684 persoane – elevi, studenți și adulți;
- continuarea activității TEL-VERDE, linia telefonică ce oferă informații despre renunțarea la fumat;
- prelucrarea datelor obținute în urma consultării publice privind fumatul în spații publice închise;
- oferirea de materiale educaționale (postere, autocolante) și consilierea mai multor categorii profesionale – medici, profesori, patroni, etc.;
- formarea unui număr de 16 medici de familie pentru acordarea consultației minime pentru renunțarea la fumat;
- administrarea forumului de discuții pe Internet *Fără tutun*.

Înființarea *Rețelei Interinstitutionale Antidrog (RIIA)* – model de acțiune pentru protecția copilului împotriva consumului de droguri. Creată în perioada 1 decembrie 2007 – 30 septembrie 2008, în cadrul unui proiect finanțat de Uniunea Europeană⁴³ și implementat de Organizația Salvați Copiii - Filiala Iași, împreună cu ANA - Serviciul Regional Antidrog Iași, RIIA este o uniune benevolă de 16 instituții guvernamentale și non - guvernamentale⁴⁴ care a acționat ca un nucleu în elaborarea strategiilor locale, care au ca obiectiv asigurarea protecției comunităților locale față de consumul de droguri, și în derularea planurilor de acțiune comune pentru implementarea acestora. În cadrul celor trei ședințe consultative desfășurate în perioada februarie - martie 2008, au fost dezbătute următoarele teme:

- realizarea unei viziuni comune asupra etapelor de dezvoltare a RIIA, în perioada februarie - octombrie 2008;
- cunoașterea reciprocă a proiectelor implementate și a activităților specifice derulate de instituțiile membre RIIA în domeniul protecției copiilor și tinerilor împotriva consumului de droguri;
- cunoașterea modalităților practice în care fiecare instituție membră RIIA poate fi o resursă pentru dezvoltarea și implementarea de proiecte comune în domeniul reducerii cererii de droguri și asistenței medicale, psihologice și sociale acordată persoanelor consumatoare de droguri din județul Iași;
- identificarea problemelor și nevoilor la nivel local în domeniul reducerii cererii de alcool, tutun și droguri ilicite, în comunitate, școală și familie.

⁴³ prin programul PHARE 2005 – *Consolidarea Democrației în România, Componenta 2 – Democrație, drepturile omului, statul de drept, independența justiției și lupta împotriva corupției*;

⁴⁴ Instituția Prefectului Județului Iași, Direcția de Asistență Comunitară Iași, Inspectoratul de Poliție Județean Iași, DGASPC Iași, Inspectoratul Școlar Județean Iași, Direcția Județeană pentru Tineret Iași, Serviciul de Probațiune de pe lângă Tribunalul Iași, Autoritatea de Sănătate Publică, Centrul Județean de Asistență Psihopedagogică Iași, CPECA Iași, Organizația Salvați Copiii - Filiala Iași, Fundația Alături de Voi România, Fundația Serviciilor Sociale Bethany, Asociația Alternative Sociale, Fundația Solidaritate și Speranță și Centrul Diecezan Caritas

3.2 PREVENIRE SELECTIVĂ ÎN RÂNDUL GRUPURILOR ȘI ZONELOR LA RISC

În 2008, au fost implementate 8 proiecte locale de prevenire familială și au fost organizate 42 de întâlniri cu autoritățile publice locale, care au avut ca scop identificarea zonelor și grupurilor familiale vulnerabile, în funcție de variabilele demografice și culturale.

3.2.1. PREVENIREA ÎN COMUNITATE

România a fost una dintre cele 9 țări care au preluat, ca parteneri pilot, implementarea proiectului inițiat în anul 2002 de Germania, intitulat *FreD goes net - Intervenții timpurii pentru consumatorii de droguri care au fost identificați/depistați pentru prima oară*. În anul 2008, au avut loc trei întâlniri.

În scopul prevenirii consumului de droguri în rândul populației rromice, ANA a încheiat un parteneriat cu organizația Pro Europa și Partidul Romilor, implementând proiecte în județele Teleorman și Argeș. CPECA Brăila a încheiat un protocol cu Alianța pentru Rromi - Filiala Brăila, iar CPECA Harghita implementează proiectul *Alcoolul, factor generator de criminalitate*, care are ca obiective generale creșterea gradului de securitate socială în comunitățile cu populație de etnie rromă și identificarea și medierea tensiunilor interetnice apărute ca urmare a uzului și abuzului de alcool.

Un alt exemplu de bune practici este proiectul *Educația antidrog în comunitățile de rromi* implementat de CPECA Teleorman pe o durată de 6 luni și în cadrul căruia 600 de adulți rromi, din județul Teleorman, au beneficiat de informare cu privire la efectele consumului de alcool și tutun. De asemenea, proiectul a vizat sensibilizarea adulților rromi cu privire la asigurarea unui mediu de viață sănătos pentru creșterea și dezvoltarea copiilor lor.

3.2.2. PREVENIREA ÎN RÂNDUL FAMILIILOR LA RISC

CPECA Brașov, în cursul anului 2008, a organizat întâlniri cu reprezentanții rromilor din Brașov - Carierei (colonie de rromi) pentru implementarea unor activități de informare/prevenire (alcool, tutun și droguri ilegale). A avut loc și o întâlnire cu 30 de părinți de etnie rromă care au fost consultați în cadrul unui atelier de lucru cu privire la mesajele transmise, pentru a furniza un feedback cu privire la necesitatea implementării acestui proiect.

CPECA Galați a implementat proiectul *Stă în puterea mea să am un copil sănătos*, care a avut ca obiectiv general conștientizarea privind factorii familiali de risc și de protecție implicați în debutul în consumul de alcool și tutun. Beneficiari: un grup de mame cu vârste cuprinse între 14 și 30 ani, incluse în serviciile de asistență oferite de Asociația NOVA 2002 din Galați. Pe toată perioada proiectului s-au desfășurat 22 ședințe de lucru, a câte 2 ore, pentru persoanele rezidente la Asociația NOVA 2002. Întâlnirile au avut o frecvență săptămânală. În desfășurarea activităților s-au utilizat următoarele metode: jocul de rol, jocul de energizare și de cunoaștere, conversația euristică, prelegerea, lucrul pe grupuri mici, vizionarea de filme documentare, discuții interactive pe teme date. Metodele aplicate în cadrul atelierelor au fost centrate pe varianta dezbaterii, pe modelare, pe identificarea propriilor resorturi care să determine un comportament nefavorabil consumului de alcool, tutun și droguri.

3.2.3. PREVENIREA ÎN SPAȚII RECREAȚIONALE

ANA a elaborat materiale informative pe DVD și CD, axate pe prevenirea în spațiile recreative. În ultimul an, agenția a trimis către CPECA, filme artistice, documentare și scurt metraj, spoturi vizând aspecte ale consumului experimental/recreativ (exemplu: filmul *O singură dată înseamnă mereu!*, realizat în colaborare cu Asociația ROTARY Internațional – District 2241 România - Republica Moldova) care să fie supuse vizionării în cadrul unor activități organizate în locurile frecventate de copii și tineri, la sfârșit de săptămână (discoteci, cluburi) și în vacanțele școlare.

Capitolul 4 - Consumul problematic de droguri

4.1. ESTIMĂRI ALE PREVALENȚEI ȘI INCIDENȚEI CONSUMULUI PROBLEMATIC DE DROGURI

Pentru realizarea estimării prevalenței consumului problematic de droguri la nivelul anului 2008 s-a utilizat multiplicatorul rezultat în urma aplicării Studiului referitor la prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi⁴⁵ (2007).

Benchmark: datele privind admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri (program substitutiv cu metadonă).

Definiția cazului – consum de droguri injectabile; grupa de vârstă: 15-49 ani; București.

Analiza datelor studiului privind prevalența bolilor infecțioase asociate CDI a indicat că un procent de 7,5% (0,075; 95% CI: 0,04 – 0,11) dintre persoanele incluse în servicii de dezintoxicare și programe de schimb de seringi au fost incluși în ultimul an într-un program substitutiv cu metadonă.

Prin împărțirea numărului persoanelor care au fost incluse în programele de substituție cu metadonă în anul 2008 la procentul menționat mai sus, a rezultat un număr estimat de 17.400 (17.387; 95% CI: 11.855 – 32.600) consumatori problematice de droguri în București.

Tabel nr. 4-1: Estimarea (în cifre absolute și rată) numărului de consumatori problematice de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor (2007, 2008)

An	Număr estimat de consumatori problematice de droguri	Rata la 1000 persoane, vârstă 15-49 ani
2007	16.867	1,74
2008	17.387	1,75

Sursa: ANA/IGPR

Nu s-au observat schimbări majore în ceea ce privește numărul estimat de consumatori problematice din București în anul 2008, comparativ cu anul 2007. Principala limită în realizarea unei estimări la nivel național este reprezentată de disponibilitatea serviciilor/programelor din restul țării.

4.2. DATE PRIVIND CONSUMATORII PROBLEMATICI DE DROGURI COLECTATE DIN ALTE SURSE DECÂT INDICATORUL ADMITERE LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

Nu sunt disponibile date noi.

4.3. CONSUM INTENSIV, FRECVENT ȘI DE LUNGĂ DURATĂ ȘI ALTE FORME DE CONSUM PROBLEMATIC

Nu sunt disponibile date noi.

⁴⁵ Vezi tabelul standard 7-8

Capitolul 5 – Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri

Comparativ cu anul 2007, în anul 2008 nu au avut loc schimbări importante în ceea ce privește organizarea sistemului național de tratament.

5.1 STRATEGII/POLITICI

În scopul îmbunătățirii calității serviciilor adresate consumatorilor de droguri, în urma propunerii Agenției Naționale Antidrog, a fost adoptată *HG nr. 1.102/2008⁴⁶, privind aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009-2012*. Programul are prevăzut pentru implementare, în 4 ani (2009-2012), un buget de 15.078 mii lei, urmând a fi finanțat integral de la bugetul de stat, în limita fondurilor disponibile. În textul HG se stipulează că subprogramele și proiectele componente ale Programului se elaborează, implementează, monitorizează și evaluează de Agenția Națională Antidrog.

Obiectiv general de dezvoltare:

Dezvoltarea sistemului național integrat de asistență a consumatorilor și consumatorilor dependenți de droguri, pe 3 niveluri, în concordanță cu nevoile beneficiarilor, prin crearea unei rețele naționale de resurse specializate de prevenire și asistență, care să garanteze disponibilitatea generală a serviciilor.

Scop: Prevenirea consumului de droguri la populația generală, precum și atragerea și menținerea consumatorilor și consumatorilor dependenți de droguri în sistemul național integrat de servicii publice de asistență, în vederea reabilitării medico-psihosociale a acestora.

Obiective generale:

1. Dezvoltarea de servicii de prevenire universală, selectivă și indicată, în vederea evitării debutului consumului de droguri și a transformării consumului ocazional în consum problematic, precum și a reducerii consecințelor abuzului de droguri.
2. Realizarea unui complex integrat de servicii de asistență medicală, psihologică și socială pentru consumatorii și consumatorii dependenți de droguri, orientat prioritar spre zonele cu cea mai mare prevalență a consumului, identificate în urma monitorizării sistematice a unor indicatori-cheie.
3. Formarea inițială și continuă a profesioniștilor din sistemul de prevenire și asistență, în vederea creșterii calității serviciilor oferite beneficiarilor.
4. Realizarea de studii calitative și cantitative în vederea propunerii de modificare a actelor normative în materie, pentru adaptarea acestora la dinamica fenomenului drogurilor în România.

În domeniul asigurării tratamentului sunt prevăzute următoarele subprograme:

a) Subprogramul "Servicii de asistență de nivel 1"

Obiective specifice: Reducerea riscurilor asociate consumului în rândul consumatorilor și al consumatorilor dependenți de droguri prin oferirea unor servicii medicale, psihologice și sociale de bază.

Servicii principale:

- asigurarea tratamentului de substituție cu metadonă și buprenorfină + naloxonă;
- testare rapidă pentru HIV și hepatită;
- distribuirea de prezervative;
- consiliere pre- și post-testare;
- vaccinare pentru hepatita A și B;
- servicii de asistență medicală medie;
- asigurarea medicației conexe.

b) Subprogramul "Servicii de asistență de nivel 2 - centre de asistență integrată în adicții (CAIA)"

Obiective specifice: Dezvoltarea și consolidarea serviciilor ambulatorii, prin consolidarea funcționării celor 15 CAIA.

⁴⁶ Hotărâre de Guvern nr. 1.102 din 18 septembrie 2008 privind aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009-2012 (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 675 din 1 octombrie 2008);

Servicii principale:

- asigurarea tratamentului de substituție cu metadonă și buprenorfină + naloxonă;
- asigurarea tratamentului de menținere a abinenței (pentru dependenții de opiacee și alcool) cu naltrexonă;
- asigurarea tratamentului de dezintoxicare ambulatorie;
- testarea prezenței drogurilor în lichide biologice;
- testare rapidă HIV și hepatită;
- distribuirea de prezervative;
- consiliere pre- și post-testare;
- vaccinare hepatita A și B;
- servicii de asistență medicală medie;
- servicii de terapie ocupațională (ergoterapie);
- servicii de asistență medicală psihiatrică;
- servicii de psihoterapie individuală, de grup și familială;
- asigurarea testării standardizate în vederea evaluării psihologice.

c) Subprogramul "Servicii de asistență de nivel 3"

Obiective specifice: Dezvoltarea resurselor nivelului 3 ca parte integrantă și esențială a sistemului public de asistență medicală, psihologică și socială, în vederea reabilitării și reinserției sociale a consumatorilor și consumatorilor dependenți de droguri.

Servicii principale: asigurarea funcționării a trei Comunități Terapeutice și centre de zi (adulți - două unități; minori - o unitate).

d) Subprogramul "Formare profesională continuă în adicții - Centrul Național de Formare și Cercetare în Adicții". Bugetul aferent acestui subprogram este de 528 mii lei.

Servicii principale:

- formarea profesională inițială și continuă de specialitate (medicală, psihologică și socială);
- servicii de supervizare și intervizare a profesioniștilor care lucrează cu consumatorii de droguri;
- dezvoltarea de ghiduri clinice de tratament.

Programul menționat mai sus, urmează a fi derulat, în principal, prin unitățile teritoriale ale Agenției Naționale Antidrog și, vine în completarea Programului național de sănătate mintală, derulat anual⁴⁷ prin unitățile medicale din rețeaua Ministerului Sănătății.

5.2. SISTEMUL NAȚIONAL DE TRATAMENT

În anul 2008, pentru consumatorii de droguri, au fost disponibile următoarele servicii:

Tabel nr. 5.1 Tipurile de servicii disponibile pentru consumatorii de droguri în anul 2008

Tipul programului	Nr. unități/secții	Servicii gratuite/ servicii cu plată
Asistență și tratament sevrăj și supradoză	2 minori: 3	Servicii gratuite
Dezintoxicare	adulți: 14	Servicii gratuite
Tratament substitutiv cu metadonă	9 4	Servicii gratuite Servicii cu plată
Tratament substitutiv cu naltrexonă	5	Servicii gratuite
Tratament substitutiv cu buprenorfină	5	Servicii gratuite
Consiliere	47	Servicii gratuite
Postcură	1	Servicii gratuite
<i>Outreach</i>	4	Servicii gratuite
Socio-vocațional	1	Servicii gratuite

Sursa: ANA/IGPR

⁴⁷ Vezi Raportul Național 2008

Serviciile prezentate în tabelul anterior, au fost acordate în centrele Agenției Naționale Antidrog, unitățile medicale din rețeaua Ministerului Sănătății și clinici private, grupul țintă fiind, în marea majoritate, consumatorii de heroină.

Evaluarea calității și accesibilității serviciilor

În anul 2007 a fost realizată o cercetare privind *Evaluarea calității și accesibilității serviciilor oferite de rețeaua națională a Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog*. Metodologia a fost stabilită în cadrul unor grupuri de lucru formate din specialiști ANA, experți spanioli de la Școala de Sănătate Publică din Andaluzia și echipa de implementare la nivel local, formată din 47 de specialiști, parte a echipei Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, care oferă servicii de asistență, consiliere și evaluare a consumatorilor de droguri.

Obiectivul general al acestui studiu a constat în realizarea unei analize ample a calității și accesibilității serviciilor oferite de rețeaua CPECA și în identificarea celor mai eficiente soluții de îmbunătățire a activității care să permită adaptarea programelor de intervenție la nevoile specifice acestui tip de populație.

Deoarece rețeaua CPECA oferă servicii și pentru consumatorii de droguri licite (alcool și tutun), iar consumul de substanțe ilicite este concentrat, în special, în câteva orașe mari din țară, pentru a asigura o bună comparabilitate a datelor obținute, în toate centrele teritoriale au fost culese date privind serviciile oferite consumatorilor de alcool și nevoile identificate de aceștia, iar acolo unde a fost cazul, analiza s-a extins și la persoanele dependente de droguri ilicite (în special heroină).

Populația țintă:

- utilizatori ai serviciilor CPECA - clienți care solicită servicii, cel mai frecvent consumatori de heroină, cannabis și consumatori problematici de alcool;
- potențiali utilizatori ai serviciilor CPECA - consumatorii de heroină și alte droguri ilicite și persoanele dependente de alcool care, din diferite motive, nu au ajuns să acceseze serviciile CPECA.

Tehnici utilizate: în vederea stabilirii obiectivelor s-au folosit tehnica *panou* și *modelul orizont*, instrumente care favorizează consensul între experți și care au fost considerate de utilitate pentru proiectul inițiat, iar pentru culegerea datelor s-au utilizat diferite tipuri de tehnici de cercetare calitativă (interviul, focus grupul).

Eșantion: în total au fost realizate 85 de focusuri-grupuri (la care au participat 470 de persoane) cu consumatori care nu au accesat serviciile CPECA și 57 de interviuri (la care au participat 60 de persoane) cu utilizatori ai serviciilor de tratament oferite de CPECA. De asemenea 50 de specialiști din centrele CPECA au participat la tehnicile consensuale amintite mai sus.

Tipurile de servicii de profil accesate cel mai frecvent de către respondenții cercetării:

Majoritatea persoanelor dependente de alcool au beneficiat de servicii medicale în cadrul spitalelor de psihiatrie, iar o parte au beneficiat de servicii psiho – sociale în cadrul grupurilor de la Alcoolicii Anonimi și a unor ONG-uri sau instituții ale statului (cu atribuții în rezolvarea problemelor sociale) care se ocupă cu asistența persoanelor fără adăpost (deseori alcoolismul se asociază cu pierderea locuinței). Mulți nu cunosc ce alte servicii ar putea accesa în afara celor de dezintoxicare în regim spitalicesc.

Persoanele dependente de droguri ilicite sunt prezente în special în București și au primit servicii de informare, consiliere psihologică, tratament medical (dezintoxicare și substituție cu metadonă în cadrul secțiilor de dezintoxicare ale spitalelor, respectiv LSM), consiliere și asistență medicală în cadrul penitenciarelor (mai ales în cadrul penitenciarului cu Regim de Maximă Siguranță Rahova și a Penitenciarului Jilava), servicii de consiliere psihologică și orientare socio-vocațională în cadrul Centrelor de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog.

Aprecierea serviciilor oferite de CPECA:

Clienții intervievați apreciază eficiența serviciilor oferite de CPECA, explicând acest fapt prin asigurarea suportului psihologic, serviciu care este întâlnit în măsură mai mică în cazul serviciilor primite în cadrul altor unități medicale. Acest aspect poate reprezenta un punct forte al calității serviciilor CPECA, care poate fi promovat, îmbunătățit și completat pe celelalte direcții de acțiune identificate în aceasta evaluare.

De asemenea se subliniază existența unui personal bine pregătit profesional care manifestă de cele mai multe ori o *atitudine de respect și înțelegere* față de solicitanții serviciilor.

Programele de substituție cu metadonă se bucură de o apreciere din partea persoanelor dependente de droguri ilicite și aceștia recomandă extinderea lor la nivelul întregii țări și în zone mai puțin accesibile unde este semnalată existența consumului de droguri (ex.: arest, penitenciare).

Prin compararea opiniilor persoanelor, în funcție de tipul de adicție întâlnit, s-a observat o diferență pregnantă privind modalitatea în care au ajuns să solicite servicii de la diferite instituții ale statului. Conform relatărilor subiecților, persoanele dependente de alcool rar au ajuns de bună voie, ei fiind trimiși de medicul de familie (în cazul asocierii cu ciroza hepatică sau datorită tulburărilor de comportament asociate alcoolismului). Se constată existența unor prejudecăți privind acceptarea socială a alcoolismului. Pe de altă parte persoanele dependente de heroină sau alte droguri ilicite au declarat, în marea majoritate, că au accesat de bună voie serviciile, mai ales pe cele medicale (dezintoxicare sau substituție cu metadonă), aici confruntându-se cu reversul fenomenului: persoanele respective ajung să conștientizeze situația în care se află și nevoia de a fi ajutați datorită marginalizării sociale, a reacției de respingere a societății față de acest fenomen și, de asemenea, de multe ori, datorită imposibilității de a-și susține financiar comportamentul adictiv.

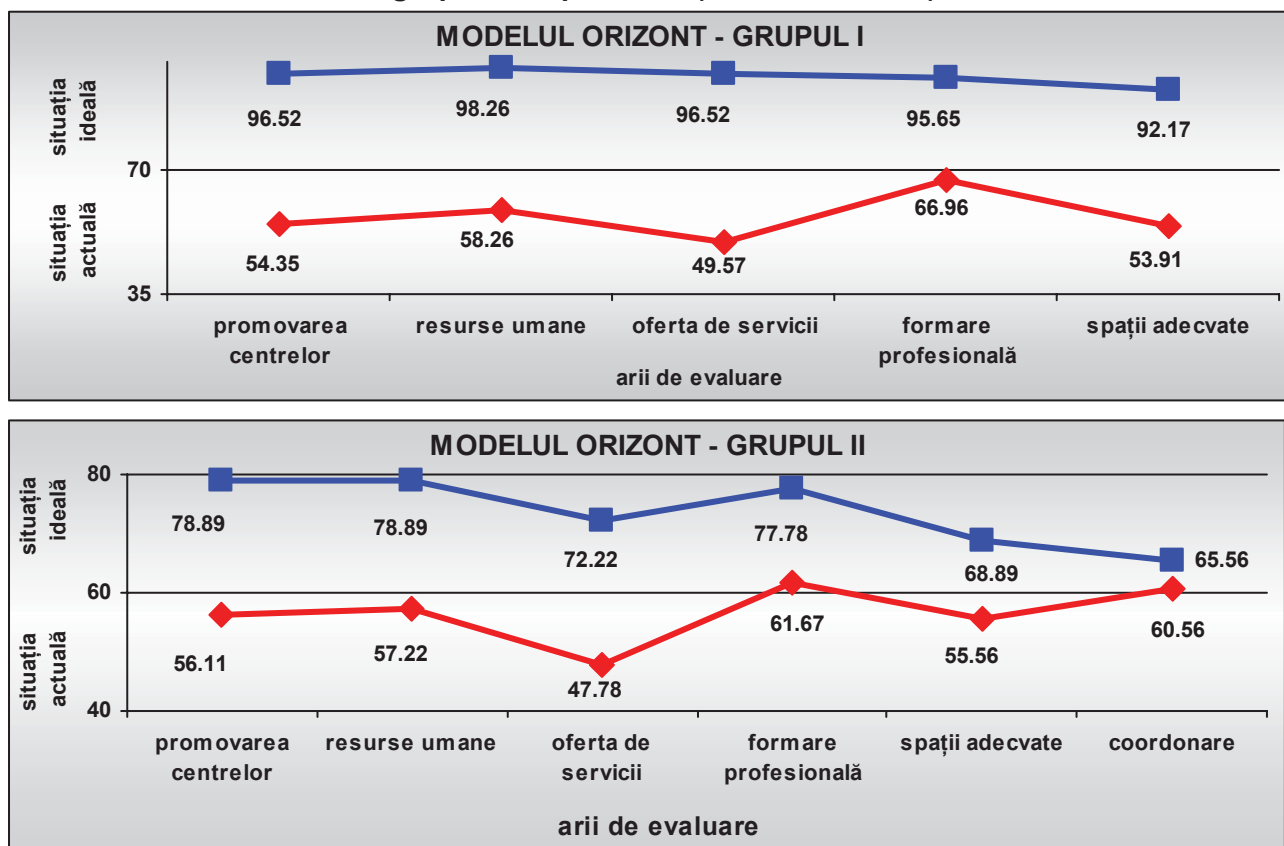
În București și în orașele mari prezența consumatorilor de droguri ilicite, restrânge accesul celor dependenți de alcool la serviciile CPECA, aceștia fiind priviți de multe ori ca și clienți „de mână a doua” pentru care nu se elaborează prea frecvent programe și servicii adecvate.

Consumatorii problematici de droguri ilicite care nu au accesat serviciile CPECA o fac în general din aceeași cauză principală: necunoașterea atribuțiilor centrului și a paletei de servicii oferite. Se evidențiază ideea unei curențe la nivelul strategiei de promovare a acestor servicii.

Nevoile identificate (se consideră că nu sunt acoperite de serviciile oferite, indiferent de proveniența lor) se referă la îmbunătățirea serviciilor de informare, consiliere psihologică, tratament medical, asistență socială și a infrastructurii (în cazul serviciilor care necesită internare). Majoritatea respondenților au solicitat condiții mai bune la internare și consideră că au nevoie de ajutor în următoarele direcții: terapie, consilierea membrilor familiei, internare, îngrijire, medicamente, servicii gratuite, sprijin împotriva recăderii.

Aprecierile specialiștilor în domeniul adicțiilor: cele 2 grupuri de lucru formate au identificat independent mai multe dimensiuni de evaluare a CPECA, precum și gradul lor de adecvare la nevoile actuale:

Grafic nr. 5-1 Dimensiuni de evaluare și de analiză a gradului de adecvare a serviciilor oferite CPECA conform celor două grupuri de specialiști (modelul Orizont)



Sursa: ANA/IGPR

Conform concluziilor cercetării, arile de intervenție prioritare, în cadrul CPECA, în sfera tratamentului și a asistenței integrate a consumatorilor de droguri⁴⁸ trebuie să fie următoarele:

- perfecționarea personalului existent prin continuarea programelor de formare specifică și asigurarea echipei complete de specialiști acolo unde este cazul (echipă completă - specialiști din domeniul medical, psihologie și asistenți sociali);
- poziționarea centrelor în spații adecvate atât ca locație cât și privind facilitățile existente necesare activității specifice desfășurate (ex.: evitarea funcționării în spații comune cu alte administrații în care se solicită legitimarea la acces);
- lărgirea portofoliului de servicii pe care centrele le pot oferi persoanelor dependente printr-o abordarea holistică a persoanei care solicită asistență, și adaptarea acestor servicii la tipul de adicție, tipologia personalității și a mediilor diferite din care provin clienții. Se propune funcționarea CPECA ca un complex de servicii de găzduire, întâlnire (terapie de grup) consiliere, supraveghere de natură medicală, și de reinsertie socială;
- alocarea unor resurse mai mari pentru serviciile oferite persoanelor dependente de alcool;
- desfășurarea de programe și servicii specifice pentru tratament (ex: eliberare de metadonă și de material steril pentru injectare);
- cunoașterea ofertei locale de servicii și asigurarea complementarității serviciilor oferite de CPECA cu cele oferite de alte instituții sau organizații nonguvernamentale în aria respectivă.
- formare profesională specializată continuă;
- activități de promovare a serviciilor oferite de centru prin campanii de presă, emisiuni TV cu mărturii ale clienților, pliante, postere, inițierea unor activități recreativ-educative, îmbunătățirea strategiilor de captare a clienților/programe pentru atragerea utilizatorilor;
- modificarea programului de lucru al centrului astfel încât serviciile să fie accesibile și celor care lucrează sau merg la cursuri;
- urmărirea cazurilor și asigurarea continuității serviciilor oferite consumatorilor problematici din arest/detentie și includerea acestora într-un program integrat de asistență;
- îmbunătățirea colaborării cu instituțiile de profil la nivel local în scopul atragerii clienților care accesează aceste instituții în scopul oferirii de servicii complementare (ex.: deși problema consumului de alcool este prezentă în toate județele, sunt și județe în care nu au existat cereri de asistență în rețeaua CPECA, deși acestea au fost exprimate în unitățile care aparțin Ministerului Sănătății).

5.3 CARACTERISTICILE POPULAȚIEI ADMISE LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

În vederea creșterii accesului consumatorilor de droguri la serviciile de asistență, începând anul 2007, pe lângă serviciile de asistență oferite consumatorilor de droguri prin unitățile medicale ale Ministerului Sănătății, au mai fost oferite servicii de asistență integrată în adicții și prin centrele de prevenire, evaluare și consiliere antidrog⁴⁹ din cadrul Agenției Naționale Antidrog.

În anul 2008 au beneficiat de tratament un număr de 3637 de persoane dintre care 53,9% (1962 de persoane) pentru consum de droguri ilegale:

- în unitățile medicale ale Ministerului Sănătății, 3165 de persoane (dintre care 1643 pentru alcool și tutun și 1522 pentru droguri ilegale);
- în CPECA, 472 de persoane dintre care 32 pentru alcool și tutun.

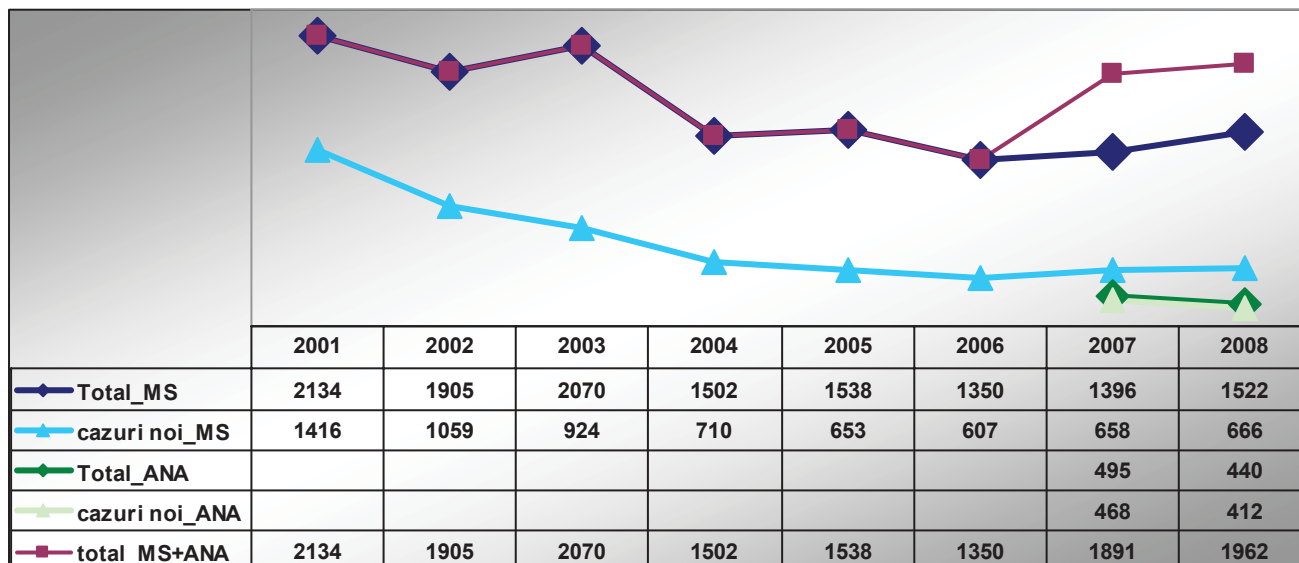
Comparativ cu 2007 deși se observă o creștere cu 3% a solicitărilor de tratament pentru droguri ilegale, aproximativ la nivelul anului 2002, proporția cazurilor noi scade de la 59,5% în 2007 la 54,9% în 2008, situație care susține alte evaluări ale consumatorilor de droguri realizate de Agenția Națională Antidrog⁵⁰.

⁴⁸ În această cercetare nu a fost abordată dimensiunea prevenirii consumului de droguri, desi CPECA acopera și acest tip de intervenție la nivel local.

⁴⁹ Centrele asigură o acoperire națională (47 CPECA - există câte un centru în fiecare județ și sector al capitalei) au început să ofere asistență din anul 2006, an în care a fost dezvoltat cadrul metodologic în domeniul asistenței integrate oferite consumatorilor de droguri, serviciile oferite fiind însă relativ reduse.

⁵⁰ Conform studiului în populația generală (GPS), realizat 2007 în România, prevalența consumului de diferite droguri ilegale în rândul populației de 15-64 ani de-a lungul vieții este de cca. 1,7%, aici fiind incluse toate tipurile de droguri ilegale: marijuana, ecstasy, inhalante, cocaină, crack, amfetamine, halucinogene, heroină sau opiacee. Compararea cu GPS 2004 indică faptul că la nivel național apare o stabilizare a prevalenței consumului

Grafic nr. 5.2: Admiterea la tratament pentru substanțe psihoactive, în perioada 2001- 2008 (număr de persoane)



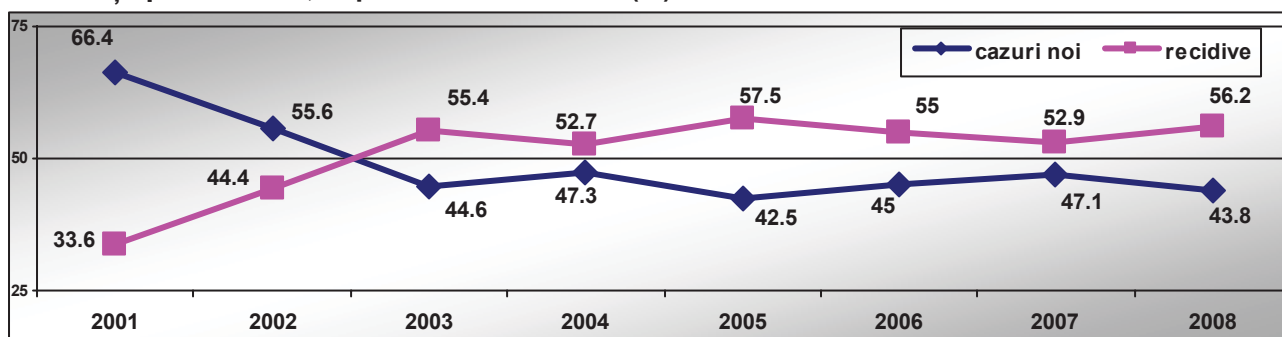
Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

A. Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite în unitățile medicale din rețeaua Ministerului Sănătății⁵¹

În anul 2008, conform datelor furnizate de Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății din cadrul Ministerului Sănătății, la nivel național au fost raportate 3.165 cazuri de admitere la tratament⁵² ca urmare a consumului de droguri, dintre care 48% (1522 de persoane) au fost pentru substanțe psihoactive.

Comparativ cu 2007, în anul 2008, în centrele de asistență din rețeaua Ministerului Sănătății se observă o creștere cu 9% a solicitărilor de tratament pentru drogurile ilicite. De asemenea, se constată că, pentru anul de referință, din totalul de 1522 de admiteri la tratament pentru alte droguri decât alcoolul și tutunul, 56,3% sunt cazuri care au mai fost tratate anterior și doar 43,7% reprezintă cazuri noi (valoare mai mică comparativ cu anul anterior, când proporția celor aflați la prima internare era de 47% din numărul total de cazuri pe anul respectiv).

Grafic nr. 5.3: Evoluția proporției cazurilor noi și a recidivelor din total admiteri la tratament pentru substanțe psihoactive, în perioada 2001- 2008 (%)



Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

de droguri de-a lungul vieții la toate substanțele: cannabisul, deși rămâne în continuare cel mai consumat drog la nivel național, scade de la 1,7% la 1,5%; ecstasy scade de la 0,4% la 0,1%; cocaina scade de la 0,4% la 0,1%; heroina scade de la 0,2% la 0,1%.

De asemenea, estimarea dimensiunii consumului de heroină injectabilă din 2007 arată o scădere a numărului estimat de consumatori de heroină injectabilă din București de la 23.949 (anul 2004) la 16900 (anul 2007),

⁵¹ alcoolul și tutunul nu fac obiectul prezentei analize

⁵² aceste cazuri au fost raportate de 14 unități medicale din București și din țară. Numărul unităților medicale care raportează date este în continuare scăzut (20 de unități medicale în 2005)

Analizând evoluția proporției cazurilor noi comparativ cu cea a recidivelor se observă că proporția celor aflați la prima internare a fost mai mare doar în perioada 2001-2002 (2001- 1,9 cazuri noi la un caz de recidivă, iar în 2002 – 1,2 cazuri noi la un caz de recidivă). Din anul 2003, situația se inversează și proporția admitterilor la tratament pentru persoane care au mai fost tratate anterior devine mai mare față de cea a consumatorilor aflați la primul tratament.

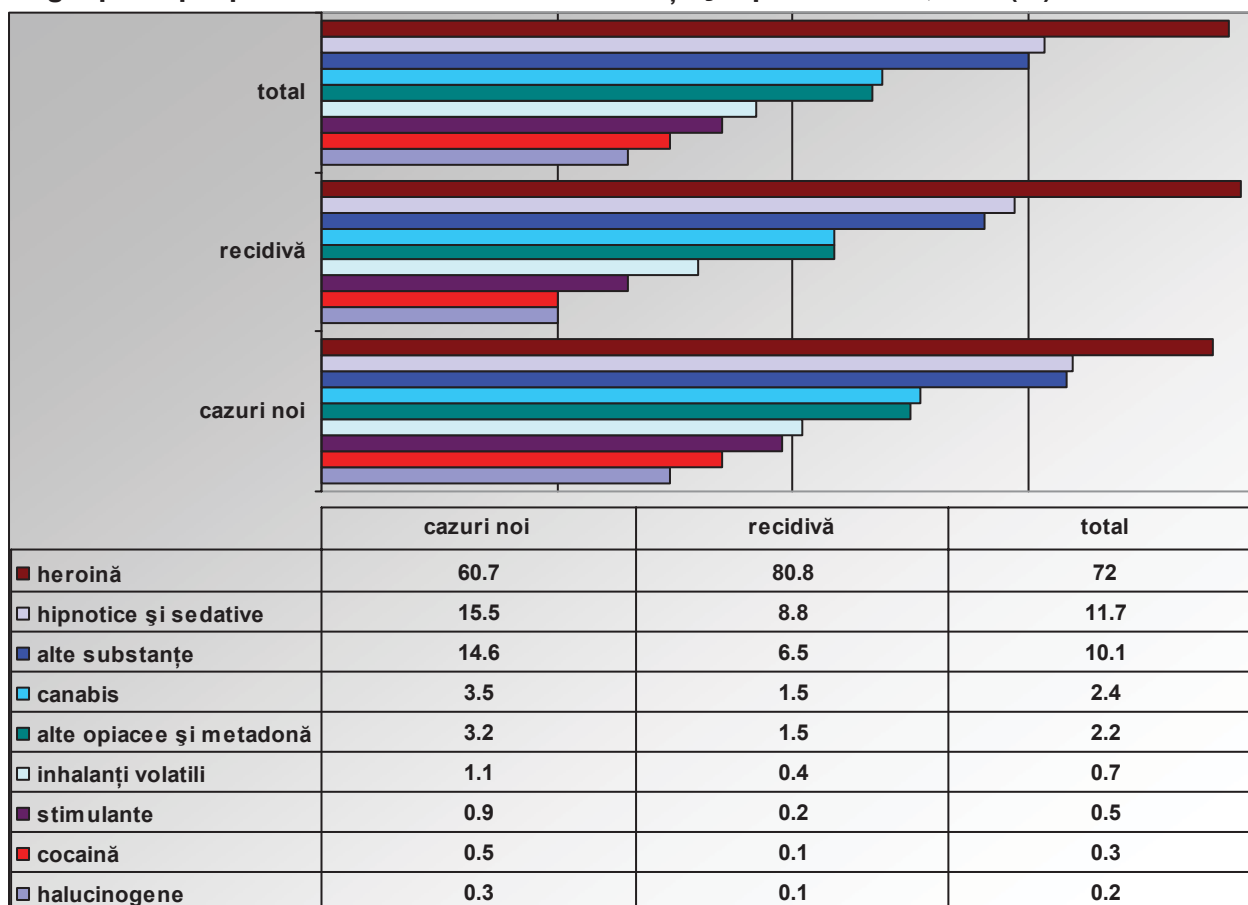
Tabel nr. 5-2: Raportul cazuri noi/recidive pentru perioada 2001- 2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Raport cazuri noi/recidive	1,9:1	1,2:1	0,8:1	0,9:1	0,7:1	0,8:1	0,9:1	0,8:1

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

În funcție de drogul principal, în anul 2008, 72% dintre cazuri au fost pentru heroină, 11,7% pentru medicamentele cu efect hipnotic sau sedativ, 10,1% - alte substanțe, 2,4% - cannabis, 2,2%-metadonă și alte opiacee și cu mai puțin de 1% fiecare celelalte droguri (inhalanți volatili, stimulente, cocaină și halucinogene).

Grafic nr. 5-4: Distribuția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive în funcție de drogul principal pentru care s-a solicitat asistență și tipul admitterii, 2008 (%)



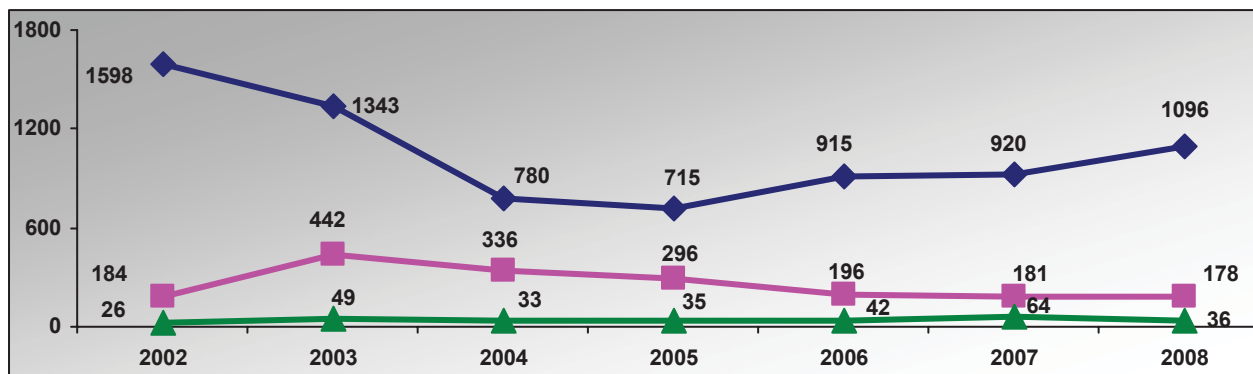
Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Din analiza distribuției admitterilor la tratament în anul 2008, în funcție de drogul principal pentru care s-a solicitat asistență, se observă că, dacă persoanele readmise la tratament (recidivele) au solicitat preponderent asistență pentru heroină (81%), în cazul persoanelor admise pentru prima dată la tratament proporția consumatorilor de heroină scade la 61%, dublându-se cea a consumatorilor de alte droguri (de la 19,2% la 39,3%).

Evoluția numărului de admitteri la tratament în perioada 2002-2008 pentru heroină și hipnotice și sedative (tipurile de drog pentru care a existat cel mai mare număr de admitteri la tratament) și cannabis (drogul cu cea mai mare prevalență a consumului conform studiului în populația generală, 2007), indică:

- heroina – numărul de admiteri la tratament inițial a scăzut constant, astfel încât în anul 2005 erau cu peste 50% mai puține cazuri decât în anul 2002. Ulterior există o creștere constantă fără a se ajunge însă la nivelul anului 2003;
- hipnotice și sedative – în anul 2003 există o creștere bruscă de 2,5 ori față de anul anterior, pentru ca ulterior să scadă constant, astfel încât în 2008 numărul de admiteri la tratament pentru acest tip de droguri este mai mic decât cel înregistrat în anul 2002;
- cannabis - numărul celor care au solicitat tratament pentru acest tip de drog este scăzut pe toată perioada de referință (maximul este atins în anul 2007, 64 de persoane).

Grafic nr. 5-5: Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină, hipnotice și sedative și cannabis în perioada 2002-2008 (număr de persoane)

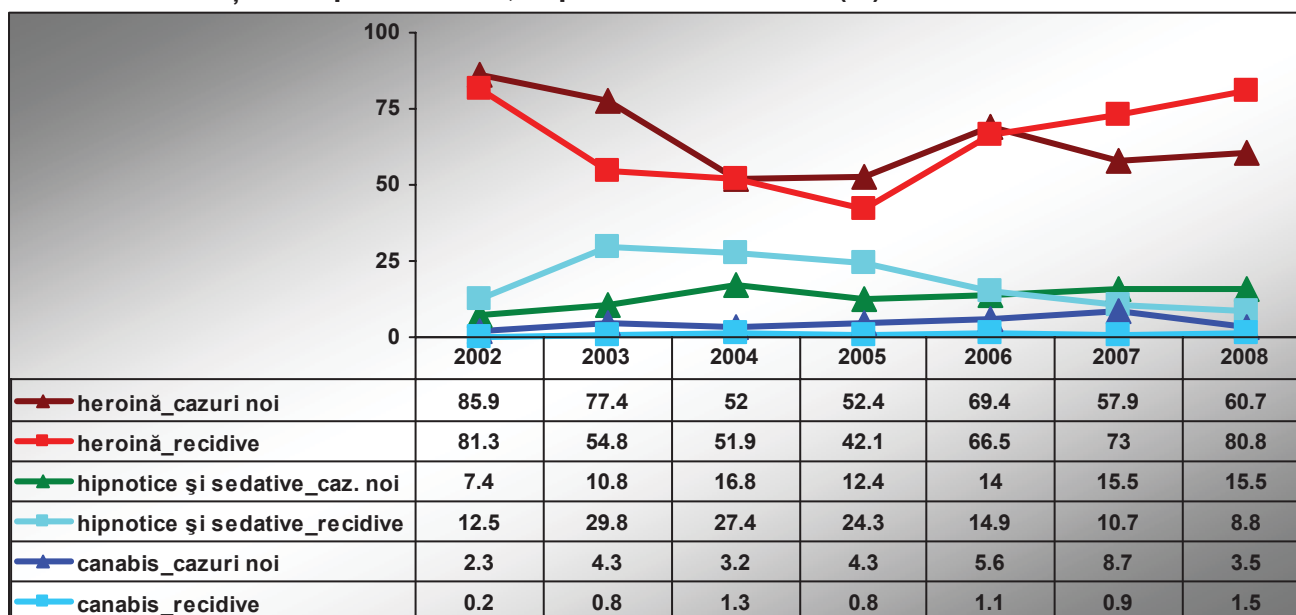


Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Urmărind evoluția admitterilor la tratament în perioada 2002-2008 pentru heroină, hipnotice și sedative și cannabis (cazuri noi vs. recidive) se constată:

- heroina – în perioada 2002-2006 proporția celor care au solicitat tratament pentru acest tip de drog era mai mare în cazul consumatorilor care solicitau tratament pentru prima dată, iar din anul 2007 devine mai mare în cazul recidivelor;
- hipnotice și sedative – pentru aceeași perioadă, 2002-2006 proporția celor care au solicitat tratament pentru acest tip de drog era mai mare în cazul recidivelor, iar din anul 2007 devine mai mare în cazul admitterilor noi;
- cannabis - proporția celor care au solicitat tratament pentru acest tip de drog este pe toată perioada mai mare în cazul consumatorilor care solicitau tratament pentru prima dată, decât în cazul recidivelor.

Grafic nr. 5-6: Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină, hipnotice și sedative și cannabis în funcție de tipul admitterii, în perioada 2002-2008 (%)



Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Datele prezentate conduc la 2 ipoteze:

- fie a crescut accesibilitatea la tratament pentru utilizatorii care consumă alt tip de drog decât heroina;
- fie asistăm la o schimbare a modelului de consum: scade proporția consumatorilor de heroină și crește cea a consumatorilor de hipnotice și sedative, cannabis, metadonă și alte opiacee (decât heroina), cocaină, halucinogene etc.

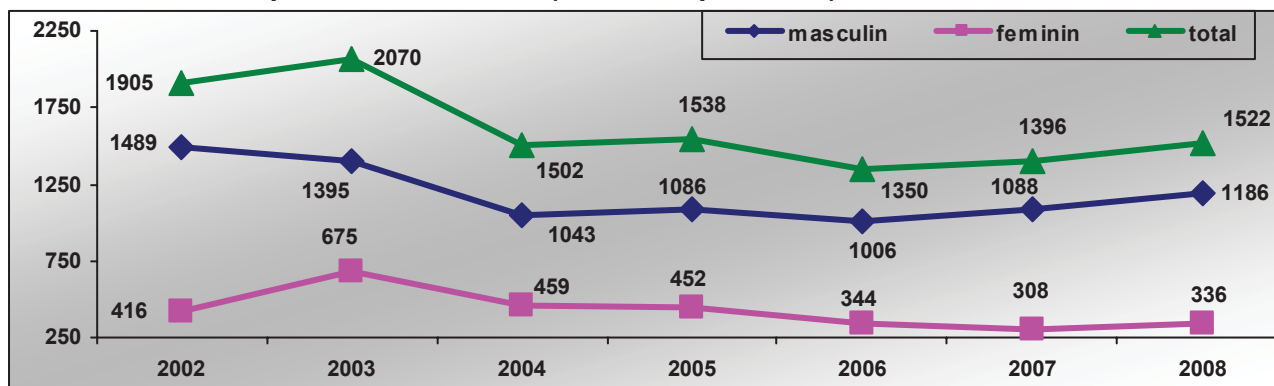
Similar informațiilor colectate în anii precedenți în ceea ce privește distribuția teritorială a persoanelor care au beneficiat de tratament ca urmare a consumului de substanțe psihoactive, și în anul 2008 se poate constata menținerea concentrării acestora cu predilecție în Municipiul București (72,54%).

Distribuția cazurilor din anul 2008, în funcție de sex, este aceeași din anul anterior și arată o pondere crescută a bărbaților – 78% (1186 de persoane) comparativ cu femeile – 22% (336 de persoane). Dintre consumatorii de droguri de sex masculin, un procent de 40,3% reprezintă cazuri noi (478 de persoane) și 59,7% cazuri care au fost tratate anterior. O proporție inversă este întâlnită în cazul consumatorilor de sex feminin: proporția celor care solicită tratament pentru consumul de substanțe ilicite pentru prima dată fiind mai mare – 56% (188 de persoane) decât a celor care au mai fost admise la tratament – 44%.

Evoluția admitterilor la tratament, în perioada 2002-2008, în funcție de sexul consumatorului, arată că:

- numărul total de consumatori admiși la tratament a avut 2 praguri de scădere în anul 2004 (cu 27,4% față de anul anterior) și în anul 2006 (12% față de 2005); în ultimii doi ani, a avut însă o evoluție ușor ascendentă ajungând la nivelul anilor 2004-2005;
- numărul total de consumatori de sex masculin, admiși la tratament, după ce a scăzut doi ani consecutiv (cu 30% mai puțin în anul 2004 față de anul 2002), din anul 2004 a avut o evoluție fluctuantă \pm 4-9% de la un an la altul. Pentru ultimii 2 ani deși există o creștere ușoară, numărul bărbaților care au solicitat tratament în anul 2008 este mai mic cu 15% față de anul 2003 și cu 20% față de anul 2002;
- numărul total de persoane de sex feminin, admise la tratament, după o creștere în anul 2003 cu 62,2% față de anul 2002, a scăzut constant până în anul 2007; în anul 2008, deși există o mică creștere (28 de persoane) față de anul anterior, numărul de femei consumatoare de droguri care au fost admise la tratament e jumătate din valoarea anului 2003.

Grafic nr. 5-7: Evoluția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive în funcție de sexul consumatorului, în perioada 2002-2008 (număr de persoane)

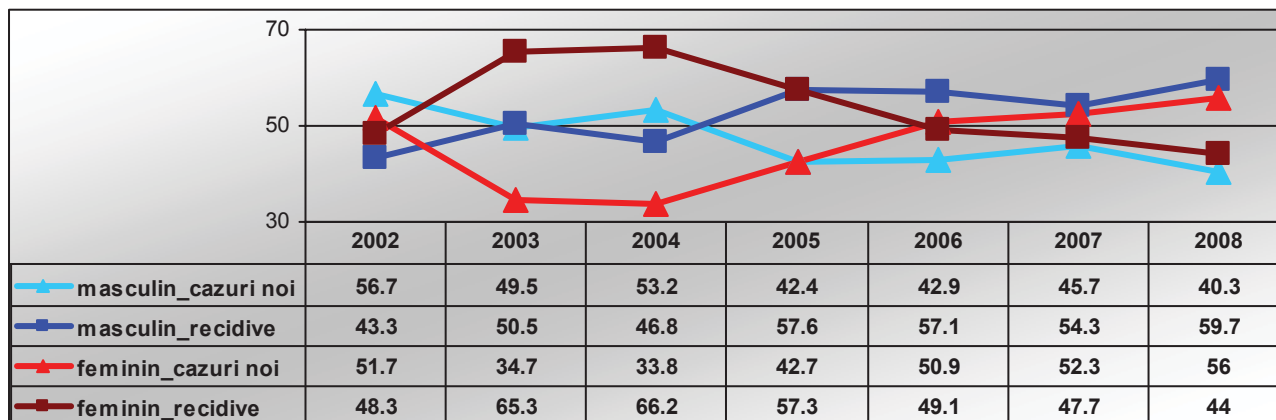


Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Analizând evoluția admitterilor la tratament, pentru aceeași perioadă, în funcție de sexul consumatorului și tipul admitterii se constată că:

- pentru persoanele de sex masculin începând cu anul 2005 proporția celor admiși pentru prima dată la tratament este mai mică decât a recidivelor, cea mai mare diferență înregistrându-se pentru anul 2008 - 19,4%;
- pentru persoanele de sex feminin după ce în perioada 2003-2005 proporția recidivelor a fost mult mai mare decât cea a cazurilor noi (de ex. în anul 2004 s-a înregistrat un raport recidive:cazuri noi de 1,96:1), din anul 2006 situația se inversează astfel încât în anul 2008 se înregistrează un raport de 1,3 admitteri noi la 1 caz care a mai fost admis la tratament.

Grafic nr. 5-8: Evoluția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive în funcție de sexul consumatorului și tipul admeririi, în perioada 2002-2008 (%)



Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

În concluzie, deși se menține raportul de 3,5 persoane de sex masculin la 1 persoană de sex feminin în privința admitterilor la tratament, se modifică raportul pentru persoanele care au solicitat tratament pentru prima oară și se constată o micșorare a disproporției bărbați/femei, care sugerează o posibilă creștere a accesibilității serviciilor de către persoanele de sex feminin consumatoare de droguri ilicite.

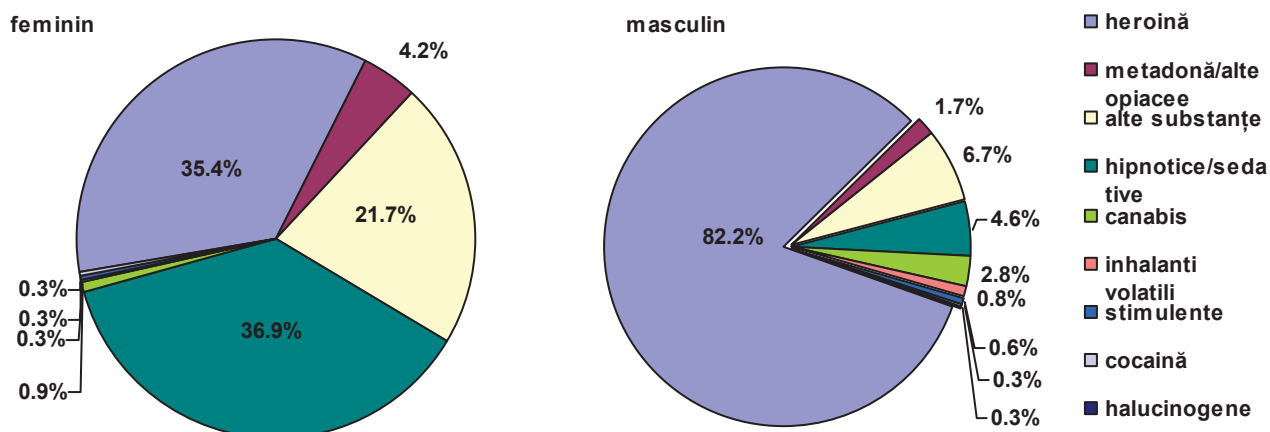
Tabel nr. 5-3: Raportul bărbați/ femei admiși la tratament în perioada 2001- 2008

Raport Bărbați/Femei	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Persoane care solicită pentru prima dată tratament	4,6:1	3,9:1	2,9:1	3,5:1	2,3:1	2,4:1	3:1	2,5:1
Total persoane aflate în tratament	5:1	3,5:1	2:1	2,2:1	2,4:1	2,8:1	3,5:1	3,5:1

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

În anul 2008, în funcție de drogul principal și de sex, se constată că, dacă 4 din 5 bărbați au solicitat tratament pentru opiacee (84,1% dintre care 82,4% - heroină și 1,7% metadonă și alte opiacee), pentru femei: 2 din 5 au solicitat tratament pentru opiacee (39,6% dintre care 35,4% - heroina și 4,2% metadonă și alte opiacee), mai mult de o treime (36,9%) pentru hipnotice sau sedative, iar una din 5 (21,7%) pentru alte substanțe⁵³. De menționat că, în anul de referință, nicio persoană de sex feminin nu a solicitat tratament pentru halucinogene, ci doar 0,3% dintre bărbați. Admitterile la tratament pentru cannabis reprezintă 2,8% din total pentru persoanele de sex masculin și 0,9% pentru cele de sex feminin, iar cocaina, stimulantele și inhalanții volatili au fost fiecare sub 1% din total atât pentru bărbați cât și pentru femei.

Grafic nr. 5-9: Distribuția admitterilor la tratament în funcție de drogul principal pentru care s-a solicitat asistență și sexul consumatorului, 2008



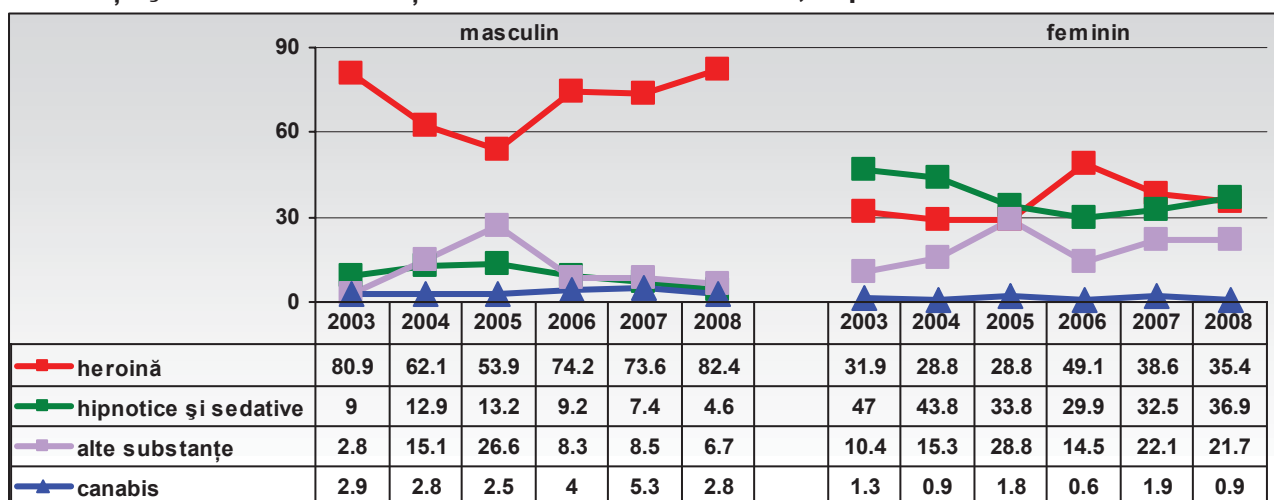
Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

⁵³ de exemplu: Alcaloizi, Antalgice, Antidepresive, Calmogen, Carbamazepine, Depakine, Meprobamat, Rapinirol, Sepoquel, Taver

Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină, hipnotice și sedative, alte substanțe (de exemplu: Alcaloizi, Antalgice, Antidepresive, Calmogen, Carbamazepine, Depakine, Meprobamat, Rapinirol, Sepoquel, Taver) și cannabis, în perioada 2002-2008, în funcție de sexul consumatorilor arată următoarele:

- consumatorii de sex masculin: consumă preponderent heroină; în 2008 se înregistrează și cel mai mare procent (82,4% comparativ cu 80,9% în 2003 sau 53,9% în 2005);
- consumatorii de sex feminin: cele mai mare consum până în 2005 a fost de hipnotice și sedative, iar în 2006 și 2007 de heroină, pentru ca în 2008 proporțiile pentru cele 2 tipuri de droguri să fie relativ egale;
- consumul de alte substanțe este mai mare pentru femei comparativ cu bărbații în cazul cărora se înregistrează un consum mai mare de cannabis.

Grafic nr. 5-10: Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină, hipnotice și sedative, alte substanțe și cannabis în funcție de sexul consumatorului, în perioada 2003-2008



Notă –diferența până la 100% reprezintă admitterile la tratament pentru cocaină, stimulante, halucinogene, inhalanți volatili și alte opiacee

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Comparând cazurile noi cu readmitterile la tratament (recidivele), în funcție de drogul principal, se constată:

- pentru consumatorii de sex masculin, dacă în cazul recidivelor 87,7% dintre acestea erau pentru heroină, în cazul solicitărilor noi de tratament proporția celor pentru heroină a scăzut la 74,5% și au crescut pentru toate celelalte categorii de droguri;
- pentru consumatorii de sex feminin a scăzut proporția solicitărilor pentru heroină, și a crescut cea pentru hipnotice și sedative, alte substanțe, metadonă și alte opiacee, apărând și solicitări de tratament pentru cannabis, inhalanți volatili, stimulante și cocaină.

Tabel nr. 5-4: Distribuția admitterilor la tratament în funcție de drogul principal pentru care s-a solicitat asistență, sexul consumatorului și tipul admitterii, 2008 (%)

	Masculin		Feminin	
	Cazuri noi	Recidivă	Cazuri noi	Recidivă
Heroină	74.5	87.7	25.5	48.0
Alte substanțe	9.4	4.9	27.7	14.2
Hipnotice și sedative	6.3	3.4	38.8	34.5
Cannabis	4.2	1.8	1.6	
Metadona și alte opiacee	2.5	1.1	4.8	3.4
Inhalanți volatili	1.3	0.4	0.5	
Stimulante	1.0	0.3	0.5	
Halucinogene	0.4	0.1		
Cocaină	0.4	0.1	0.5	

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Analizând cazurile în funcție de vârsta persoanei admise la tratament, distribuția admitterilor la tratament arată:

- aproximativ 1/3 (35,3%) din totalul admitterilor la tratament în anul de referință sunt pentru persoane de cel mult 24 de ani, o altă treime (30%) pentru persoanele cu vârsta între 25 și 29 de ani, iar restul de 34,5% pentru consumatori cu vârsta peste 30 de ani;
- pentru persoanele de sex masculin proporția admitterilor la tratament este mai mare pentru grupa de vârstă 20-24 de ani (32,2% comparativ cu 14,3% - femei) și 25-29 ani (33,9% față de 16,4% - femei);
- pentru persoanele de sex feminin proporția admitterilor la tratament este mai mare pentru persoanele până în 20 de ani (7,7% comparativ cu 6,9%-bărbați) și peste 29 de ani (61,6% față de 26,8%-bărbați).

Tabel nr. 5-5 Distribuția admitterilor la tratament în funcție de vârstă și sex, 2008 (%)

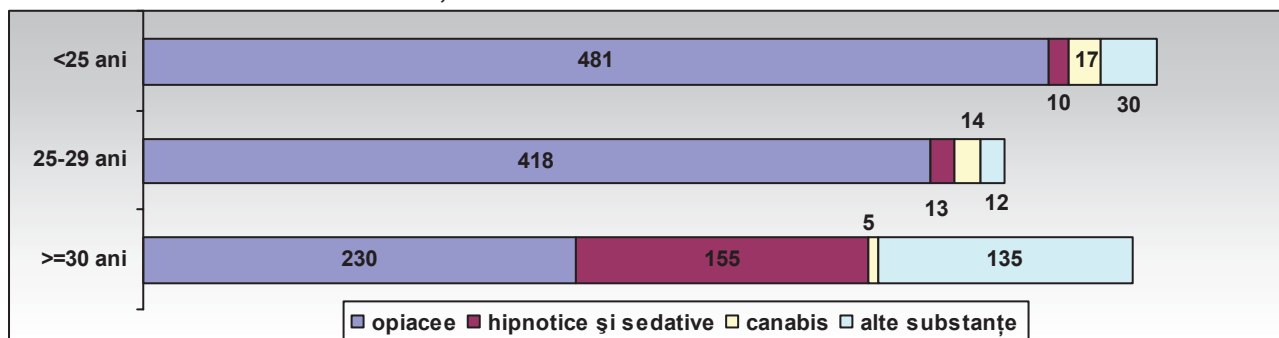
	<15 ani	15-19 ani	20-24 ani	25-29 ani	30-34 ani	35-39 ani	40-44 ani	45-49 ani	50-54 ani	55-59 ani	60-64 ani	>=65 ani
Total	0.1	7.0	28.3	30.0	14.1	3.6	2.9	3.2	3.4	2.6	1.8	3.1
Masculin	0.1	6.8	32.2	33.9	14.8	3.6	2.2	0.8	1.7	1.7	0.4	1.5
Feminin	0.3	7.4	14.3	16.4	11.3	3.6	5.4	11.3	9.2	5.7	6.5	8.6

* Notă: diferența până la 100% - neprecizat

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

În funcție de drogul principal și grupa de vârstă, 9 din 10 consumatori cu vârsta mai mică de 30 de ani au solicitat asistență pentru opiacee (89,4% pentru cei până în 25 de ani și 91,5% - pentru grupa 25-29 de ani), iar pentru consumatorii cu vârsta mai mare de 29 de ani distribuția admitterilor la tratament este următoarea: 43,8% - opiacee, 29,5% hipnotice și sedative, 25,7%- alte droguri și 1% - cannabis.

Grafic nr. 5-11: Distribuția admitterilor la tratament în funcție grupa de vârstă și drogul principal pentru care s-a solicitat asistență, 2008 (număr de persoane)



Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Analizând separat cele 1095 de cazuri pentru admiterea la tratament, în anul 2008, pentru heroină: 43,6% dintre solicitări au fost făcute de consumatori cu vârsta mai mică de 25 de ani, 37% pentru de cei din grupa de vârstă 25-29 de ani, iar restul – 19,4% de persoanele în vârstă de cel puțin 30 de ani. Referitor la vârsta de debut (pentru drogul principal) se observă:

- peste o treime dintre consumatorii de droguri care au solicitat asistență în anul 2008 au debutat în consum între 15-19 ani (34,4%), iar următoarea grupă de vârstă cu risc ridicat este cea de 20-24 de ani (24,3%); situația este aceeași cu cea din anul anterior: 35% dintre consumatorii de droguri cu vârstă de debut între 15-19 ani și 26% cu vârsta de debut între 20-24 de ani;
- de menționat că, în anul de referință, 4,7% dintre consumatori au început să consume droguri când aveau mai puțin de 15 ani (în scădere față de anul anterior - 6,9%);
- în funcție de tipul de drog, în anul de referință, se observă că aproximativ jumătate (44,1%) dintre consumatorii de opiacee au debutat în consum între 15-19 ani, iar unul din doi (50,6%) consumatori de hipnotice și sedative la peste 34 ani; pentru cannabis, deși cea mai mare proporție este pentru 25-29 de ani, și pentru celelalte grupe de vârstă se înregistrează

procente relativ mari. Pentru celelalte droguri este greu de precizat o concluzie având în vedere numărul mare de cazuri pentru care nu s-a înregistrat vârsta de debut;

- în funcție de sex, în anul 2008: 2 din 5 (40,6%) consumatori de sex masculin au început consumul între 15 și 19 ani, mai mult de ¼ (27,6%) între 20 și 24 de ani, iar pentru debutul precoce (la mai puțin de 15 ani) se înregistrează un procent de 5,4%; pentru femei, cu rezerva că există un număr mare de cazuri pentru care nu s-a înregistrat vârsta de debut, cea mai mare proporție se înregistrează pentru debutul la vârste de peste 34 de ani.

Tabel nr. 5-6: Distribuția admitterilor la tratament în funcție de vârsta de debut, drogul principal pentru care s-a solicitat asistență și sexul consumatorului, 2008 (%)

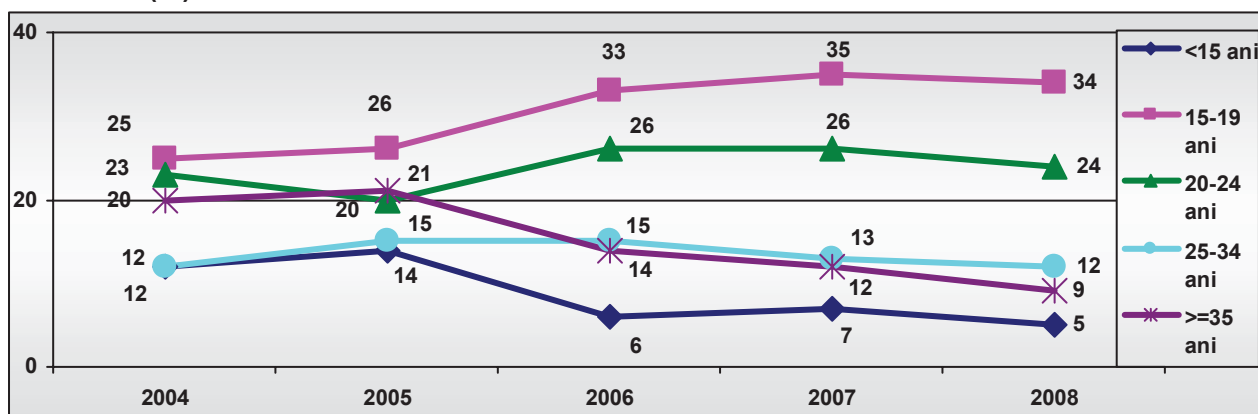
		Vârsta de debut (ani)					
		<15 ani	15-19 ani	20-24 ani	25-29 ani	30-34 ani	>=35 ani
Total		4.7	34.4	24.3	8.1	4.0	9.1
Tip de drog	opiacee (total)	6.2	44.1	31.3	9.2	3.6	1.9
	doar heroina	6.4	45.2	31.6	8.8	3.6	1.2
	hipnotice și sedative	0.0	2.8	2.8	3.4	4.5	50.6
	cannabis	2.8	16.7	13.9	22.2	8.3	0.0
	restul drogurilor	0.0	8.4	3.4	3.4	5.1	15.2
Sex	masculin	5.4	40.6	27.6	8.1	3.7	4.3
	feminin	2.1	12.8	12.8	8.3	5.1	26.2

* Notă: diferența până la 100% - neprecizat

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Evoluția admitterilor la tratament în funcție de vârsta de debut, în perioada 2004-2008⁵⁴, arată că cele mai multe persoane debutează în consumul de droguri între 15-19 ani, proporția acestora fiind chiar în creștere, de la 25% la 34%. Următoarea grupă de risc este cea de 20-24 de ani, vârstă la care au debutat aproximativ unul din patru consumatori de droguri. Proporția persoanelor care au început să consume substanțe psihoactive între 25-34 de ani se menține relativ stabilă (între 12-15%). Față de anul 2004, se constată o reducere la mai puțin de jumătate atât a procentului de persoane care au debutat în consumul de droguri la mai puțin de 15 ani (de la 12% la 5%), cât și al celor care au început să consume la peste 35 de ani (de la 20% la 9%).

Grafic nr. 5-12: Evoluția admitterilor la tratament în funcție de vârsta de debut, în perioada 2004-2008 (%)



Notă: Diferența până la 100% reprezintă cazurile pentru care la colectarea datelor nu s-a precizat vârsta de debut (2004-8%, 2005- 5%, 2006-6%, 2007-7% și 2008-15%)

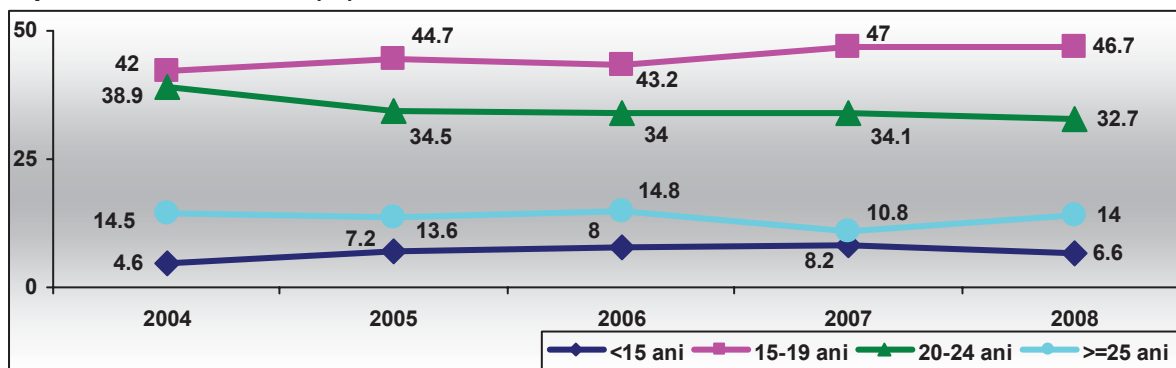
Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Analizând doar admitterile la tratament pentru heroină se constată că majoritatea au debutat între 15 și 24 de ani: aproape jumătate dintre ei între 15-19 ani (proporția acestora fiind în ușoară creștere de la 42% la 46,7%), iar o treime între 20-24 de ani (proporția acestora fiind în ușoară scădere de la 38,9% la 32,7%). Unul din 10 consumatori de heroină au început să consume la mai mult de 24 de

⁵⁴ fiind date agregate nu se poate face o analiză pe cohorte

ani, proporția acestora menținându-se relativ stabilă – 14%. Debutul precoce, la mai puțin de 15 ani, înregistrează o tendință de creștere: variază între 4,6% și 8,2%.

Grafic nr. 5-13: Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină în funcție de vârsta de debut, în perioada 2004-2008 (%)

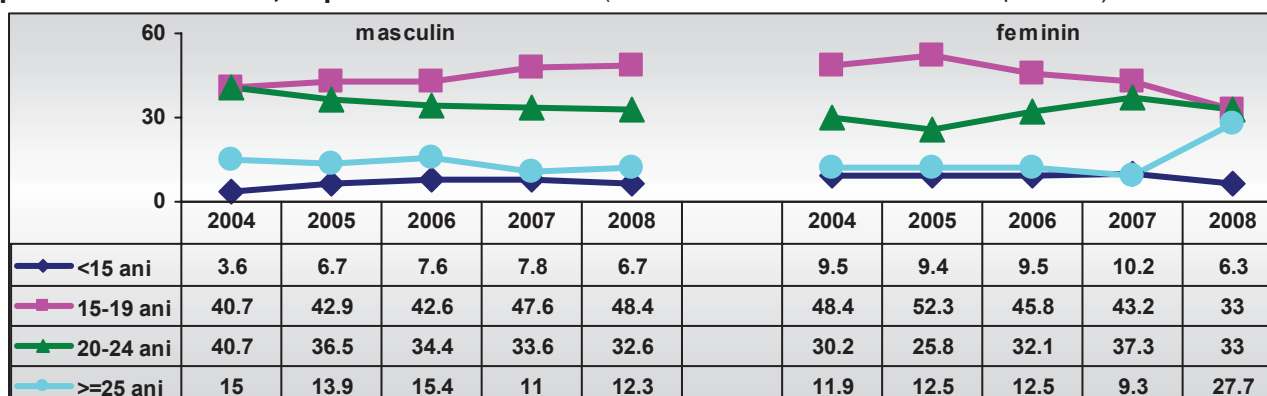


Notă: % din total cazuri cu vârsta de debut precizată (2004 -758, 2005 -667, 2006 – 891, 2007- 919, 2008 – 1059)

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

În funcție de sex, se constată că proporția femeilor care au debutat în consumul de heroină între 15 și 19 ani, din totalul admitterilor la tratament pentru persoane de sex feminin, este mai mare decât cea similară în cazul bărbaților; în primul caz există însă o tendință de scădere (de la 48,4% la 33%), în timp ce pentru persoanele de sex masculin proporția celor care au debutat în consumul de heroină între 15-19 ani este în creștere: de la 40,7% la 48,4%. Situația se inversează pentru grupa de vârstă 20-24 ani: în cazul bărbaților proporție mai mare, dar în scădere (de la 40,7% la 32,6%), iar în cazul femeilor proporția este mai mică, dar cu tendință de creștere (30,2% la 33%). Pentru persoanele care au debutat în consumul de heroină la peste 24 de ani proporția este mai mare pentru consumatorii de sex masculin, cu excepția anului 2008 când proporția fetelor crește de aproximativ 3 ori față de anul precedent. Și în cazul debutului la vârste mai mici de 15 ani proporția pentru consumatoarele de sex feminin este mai mare decât cea similară pentru bărbați, cu excepția anului 2008 când se înregistrează procente aproximativ egale: 6,7% - bărbați și 6,3% - femei.

Grafic nr. 5-14: Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină în funcție de vârsta de debut, pentru ambele sexe, în perioada 2004-2008 (% din total cazuri cu vârsta de debut precizată)

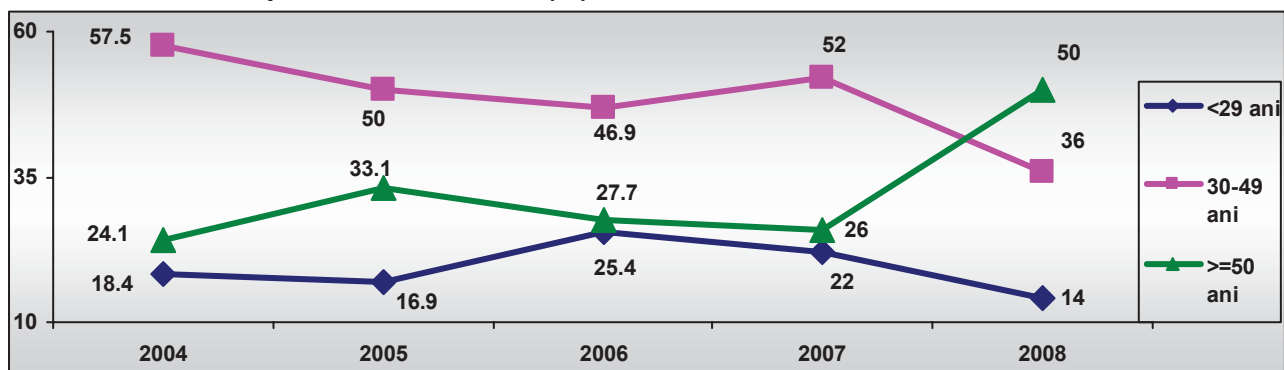


Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Evoluția admitterilor la tratament pentru hipnotice și sedative în funcție de vârsta de debut arată că aproximativ jumătate dintre cei care au fost admiși la tratament pentru acest tip de droguri au început să consume între 30 și 49 de ani, circa o treime la peste 50 de ani și cei mai puțini la mai puțin de 29 de ani (vârsta la care, așa cum s-a precizat anterior, este caracteristic debutul în consumul de heroină). În anul 2008 situația se schimbă radical față de anii anteriori: se dublează procentul celor care au început să consume hipnotice și sedative la peste 50 de ani, ajungând până la 50%, și scade cu aproape jumătate procentul celor care au debutat în consum la cel mult 49 de ani: 36% pentru grupa 30-49 de ani și 14% pentru mai puțin de 29 de ani.

Analiza⁵⁵ numărului de admiteri la tratament pentru cannabis arată că deși cei mai mulți consumatori au debutat în consum la mai puțin de 25 ani, numărul acestora este în scădere, existând o tendință de creștere pentru numărul celor care au început consumul când aveau cel puțin 24 de ani.

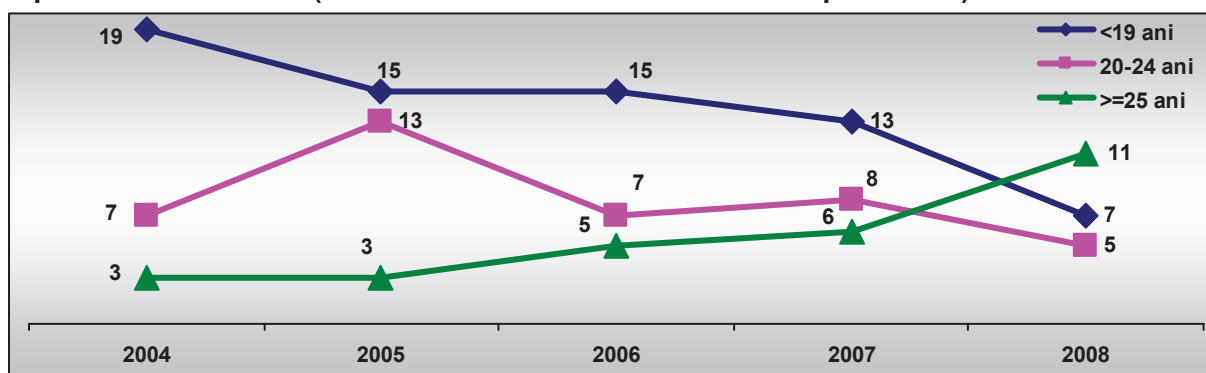
Grafic nr. 5-15: Evoluția admitterilor la tratament pentru hipnotice și sedative în funcție de vârsta de debut, în perioada 2004-2008 (%)



Notă: % din total cazuri cu vârsta de debut precizată (2004 -315, 2005 -284, 2006 - 177, 2007- 150, 2008 - 114)

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Grafic nr. 5-16: Evoluția admitterilor la tratament pentru cannabis în funcție de vârsta de debut, în perioada 2004-2008 (număr de cazuri cu vârsta de debut precizată*)



* - 2004 -29 (din total de 33), 2005 - 31 (total-35), 2006 - 27 (total -42), 2007- 27 (total-64), 2008 - 23 (total-36)

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

În funcție de frecvența consumului pentru drogul principal, în anul 2008, din totalul consumatorilor de droguri: 80,8% consumau drogul zilnic, 10,2%, de mai multe ori pe săptămână, 2,1%, cel mult o dată pe săptămână, iar 1,8%, ocazional. Consumatorii de sex masculin consumă mai frecvent decât cei de sex feminin (de exemplu pentru consumul zilnic: 86,3% față de 61,3%). După tipul de drog: toți cei care au fost admiși la tratament pentru metadonă au declarat un consum zilnic, la fel ca și 96,4% dintre consumatorii de heroină, 43,8% dintre consumatorii de substanțe hipnotice și sedative, 33% dintre consumatorii de halucinogene și 25% dintre consumatorii de cannabis.

Tabel nr. 5-7: Distribuția admitterilor la tratament în funcție de frecvența consumului, 2008 (%)

	zilnic	2-6 zile/ săptămână	o data pe săptămână sau mai puțin	nu a folosit în ultima lună/ ocazional	total
Total	80.8	10.2	2.1	1.8	100
Masculin	86.3	7.3	1.9	1.1	100
Feminin	61.3	20.8	3.0	4.5	100

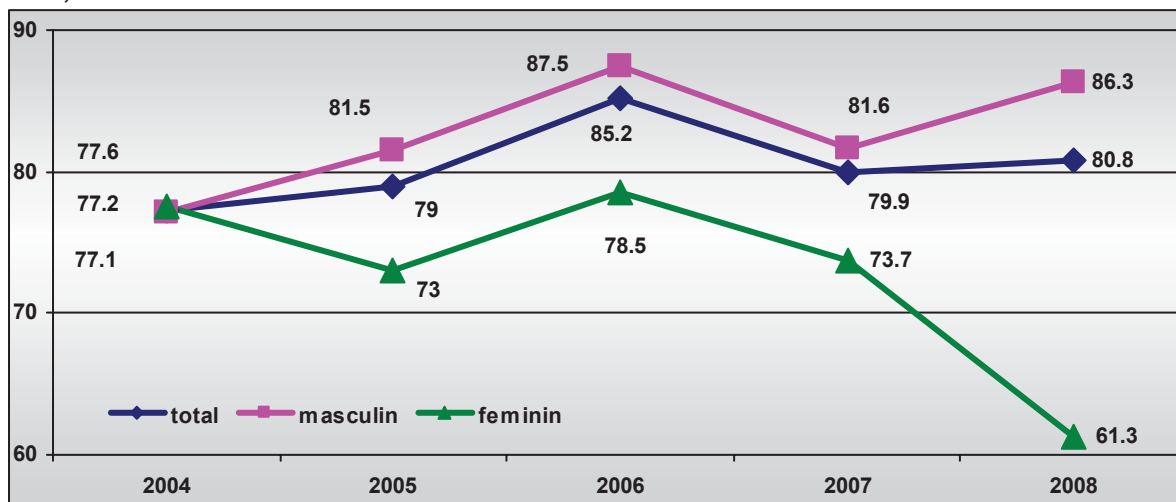
* Notă: diferența până la 100% - neprecizat

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

⁵⁵ Analiză doar orientativă, care nu reflectă neapărat situația reală, datorită faptului că numărul admitterilor la tratament pentru cannabis este mic (pentru multe dintre ele nefiind precizată vârsta de debut)

Evoluția, în perioada 2004-2008, a proporției pentru consumul zilnic din totalul consumatorilor, are o evoluție oscilantă, variind între 77,2% și 85,2%. Se constată însă diferențe în frecvența consumului în funcție de sexul persoanei admise la tratament. Astfel, dacă în anul 2004 procentul utilizatorilor zilnic era cu 0,5% mai mare în cazul persoanelor de sex feminin, ulterior proporția bărbaților care consumă zilnic devine mult mai mare, diferența între proporțiile pe cele 2 sexe ajungând la 25%.

Grafic nr. 5-17: Evoluția proporției de consumatori de droguri care au un consum zilnic, în funcție de sex, în perioada 2004-2008 (%)



Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Față de anii anteriori se observă că procentul utilizatorilor zilnic:

- a scăzut pentru hipnotice și sedative și alte substanțe;
- înregistrează aceleași valori mari pentru metadonă și heroină;
- a crescut pentru cocaină, halucinogene și cannabis;
- a avut o evoluție oscilantă pentru inhalanți volatili și stimulente.

Tabel nr. 5-8: Evoluția proporției de consumatori de droguri care au un consum zilnic, pe tip de drog, în perioada 2004-2008 (%)

Tipul de drog	2004	2005	2006	2007	2008
metadonă	87.5	100	100	75	100
heroină	88.6	90.6	98.7	95.3	96.4
cocaină	33.3	20	0	0	50
hipnotice și sedative	74.4	52.3	62.8	53.0	43.8
alte substanțe	63.3	88.7	70.1	73.3	34.0
halucinogene	0	0	0	0	33.3
inhalanți volatili	29.2	55	46.2	21.1	30
cannabis	21.2	8.6	14.3	14.1	25
stimulante	20	31.25	8.3	10.5	12.5

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Policonsumul, în anul de referință, se regăsește în 597 de cazuri (39,2% dintre admitterile la tratament). Drogurile secundare cu frecvența cea mai mare, în anul 2008, sunt opiaceele (37,5%), substanțele hipnotice și sedative (35,8%), alcoolul (6,7%), cocaina și cannabisul (fiecare cu câte 5,7%).

Față de anii anteriori, în anul 2008, a crescut proporția consumatorilor care utilizau un drog secundar (la 39,2% față de 23,8% cât se înregistra în anul 2005), cea mai mare creștere înregistrându-se pentru opiacee: de la 3,3 % la 37,5% (dintre care metadona de la 0,3% la 27,1%). De asemenea, a crescut procentul celor care utilizează ca drog secundar hipnotice și sedative. Utilizarea cocainei, cannabisului, stimulentei și halucinogenelor ca drog secundar a avut o evoluție fluctuantă, existând însă valori mai mari în 2008 comparativ cu 2005. Policonsumul cu alcool, alte substanțe și inhalanți volatili ca drog secundar a înregistrat scăderi în anul 2008.

Tabel nr. 5-9: Evoluția proporției de consumatori de droguri cu policonsum, total și pe tip de drog, în perioada 2005-2008 (%)

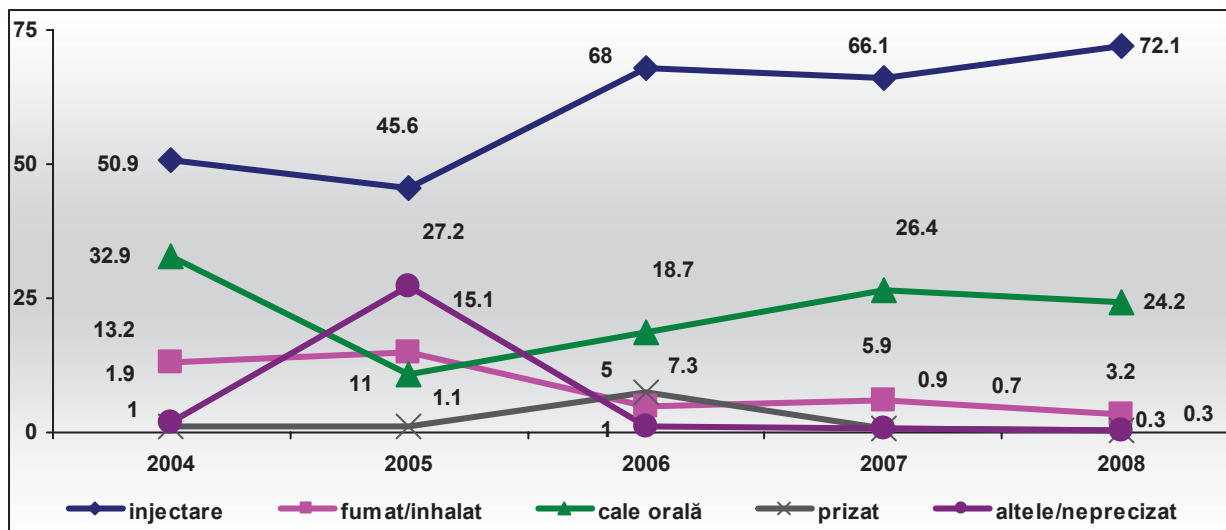
		2005	2006	2007	2008
Nr consumatori cu drog secundar		366	176	185	597
% consumatorilor cu drog secundar din total admiteri		23.8	13.0	13.3	39.2
Tipul drogului secundar	opiacee (total)	3.3	9.1	6.5	37.5
	din care				
	metadonă	0.3	4.5	2.2	27.1
	alte opiacee	2.7	3.4	2.7	8.9
	heroină	0.3	1.1	1.6	1.3
	hipnotice și sedative	32.0	29.0	28.1	35.8
	alcool	0.0	21.0	33.5	6.7
	alte substanțe	57.9	17.0	9.2	6.0
	cocaină	0.8	5.1	0.5	5.7
	cannabis	3.0	6.8	7.6	5.7
	stimulante	0.5	5.7	8.1	1.2
	halucinogene	0.0	0.6	1.6	0.7
	inhalanți volatili	2.2	5.7	4.3	0.7
neprecizat	0.3	0.0	0.5	0.0	

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Referitor la calea de administrare a drogului principal, se constată că:

- predomină administrarea injectabilă (pentru anul 2008 aproximativ 3 din 5 consumatori), existând și o tendință de creștere a proporției celor care își administrează în acest mod drogul: de la 50,9%-2004 la 72,1% în 2008;
- urmează, ca pondere, administrarea orală și fumatul/inhalarea (pentru 2008 - 24,2%, respectiv 3,2%), ambele înregistrând însă procente mult mai mici comparativ cu 2004.

Grafic nr. 5-18: Evoluția admitterilor la tratament în funcție de calea de administrare a drogului principal, în perioada 2004-2008 (%)

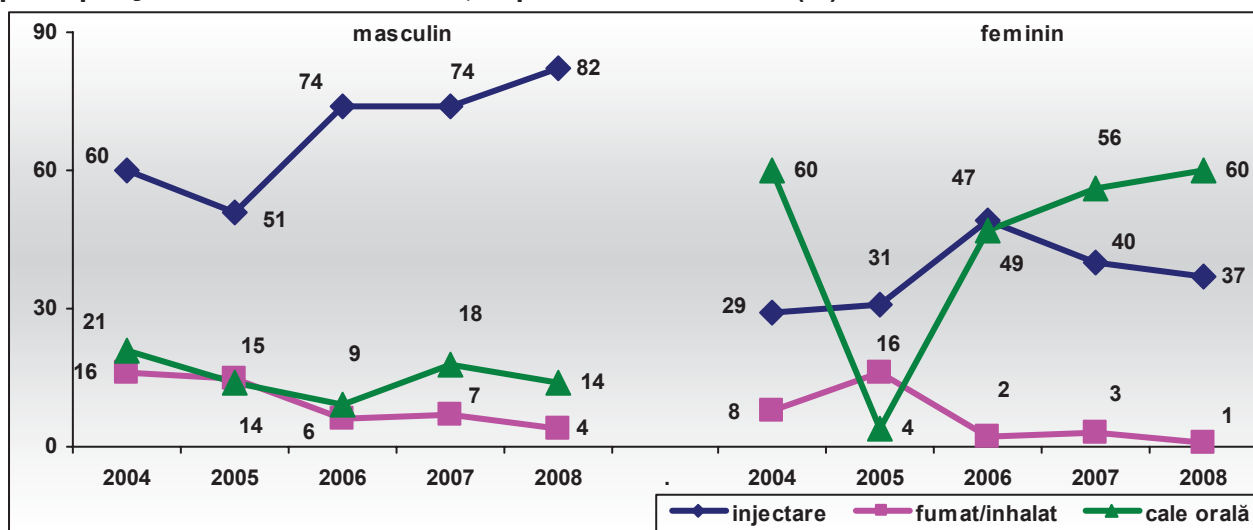


Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Evoluția admitterilor la tratament în funcție de tipul drogului consumat (bărbați - în proporție de 80% opiacee, iar femeile 40% opiacee și 40% hipnotice sau sedative), calea de administrare a drogului principal și sexul consumatorului, indică următoarele:

- pentru consumatorii de sex masculin predomină injectarea, existând o tendință de creștere în perioada de referință (de la 51% la 82%); pentru cei de sex feminin se înregistrează valori mari atât pentru administrarea pe cale orală, cât și pentru injectare;
- administrarea pe cale pulmonară este în scădere pentru ambele sexe, fiind însă utilizată într-o proporție mai mare de persoanele de sex masculin, comparativ cu cele de sex feminin.

Grafic nr. 5-19: Evoluția admitterilor la tratament în funcție de calea de administrare a drogului principal și sexul consumatorului, în perioada 2004-2008 (%)



Notă: diferența până la 100% reprezintă prizat/altele/neprecizat

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Referitor la proporția consumatorilor de droguri care au în antecedente, indiferent de tipul drogului consumat, modelul de consum prin injecție se constată că față de 2004, în 2008 a crescut procentul celor care își administrează droguri pe cale injectabilă: de la 51,1% la 70,7%. Creșterea este însă influențată determinant de evoluția admitterilor la tratament pentru consumul de heroină care este administrată preponderent pe cale injectabilă.

Tabel nr. 5-10: Evoluția admitterilor la tratament pentru consumatorii de droguri care au în antecedente consum prin injecție (toate drogurile) și al celor care consumă heroină (indiferent de calea de administrare), în perioada 2004- 2008 (nr. pers. și %)

	2004	2005	2006	2007	2008
istoric de injecție (indiferent de drog) – nr. pers.	768	667	848	883	1076
admiteri pentru heroină (indiferent de calea de administrare)– nr. pers.	780	715	915	920	1096
istoric de injecție (indiferent de drog) - % din total admiteri	51.1	43.4	62.8	63.3	70.7
admiteri pentru heroină (indiferent de calea de administrare)- % din total admiteri	51.9	46.5	67.8	65.9	72.0

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Deși în creștere atât pentru consumatorii de sex feminin cât și pentru cei de sex masculin, proporția consumatorilor de droguri care au în antecedente, indiferent de tipul drogului consumat, modelul de consum prin injecție este diferită, ca proporție, pentru cele 2 sexe, fiind influențată de faptul că utilizatorii de droguri bărbați sunt majoritatea consumatori de heroină, spre deosebire de femei unde numai aproximativ o treime consumă heroină.

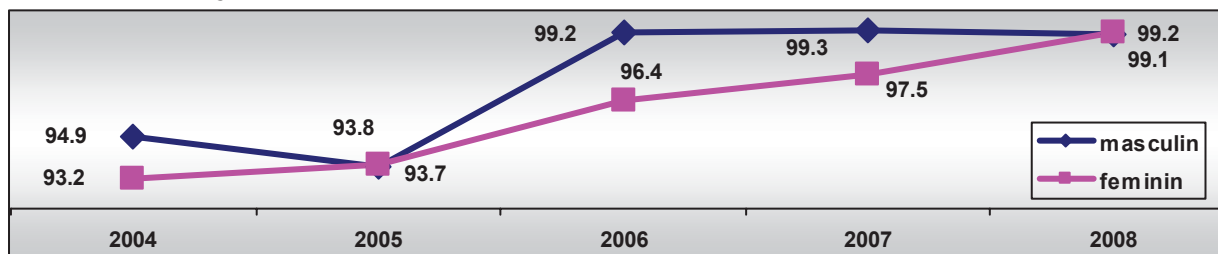
Tabel nr. 5-11: Evoluția admitterilor la tratament pentru consumatorii de droguri care au în antecedente consum prin injecție (toate drogurile) și al celor care consumă heroină (indiferent de calea de administrare) în funcție de sexul consumatorului, în 2004 și 2008 (număr de persoane și %)

	masculin		feminin	
	2004	2008	2004	2008
istoric de injecție (indiferent de drog) - nr pers.	636	952	132	124
admiteri pentru heroină (indiferent de calea de administrare)- nr. pers.	648	977	132	119
istoric de injecție (indiferent de drog) - % din total admiteri	61.0	80.3	28.8	36.9
admiteri pentru heroină (indiferent de calea de administrare)- % din total admiteri	62.1	82.4	28.8	35.4

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Analizând separat utilizatorii de heroină admiși la tratament se observă că, în anul 2008, 99% dintre ei au consumat această substanță pe cale injectabilă, tendința de injectare a heroinei fiind în creștere: 2004-94,6%, 2005-93,7%, 2006-98,7%, 2007-99%, 2008-99,1%, atât pentru consumatorii de heroină de sex masculin, cât și de sex feminin.

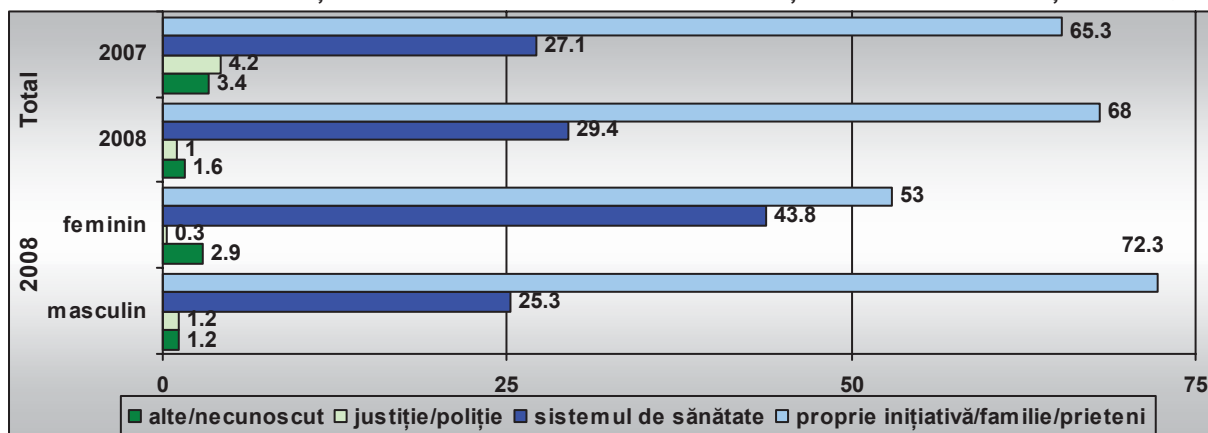
Grafic nr. 5-20: Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină în funcție de calea de administrare (injectare) și sexul consumatorului, în perioada 2004-2008 (%)



Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Distribuția cazurilor în anul 2008, în funcție de sursa de referință, arată că 60,6% dintre persoanele consumatoare de droguri au solicitat asistență din proprie inițiativă, iar 7,4% la inițiativa familiei sau a prietenilor, în timp ce 29,4% au fost referiți la tratament prin sistemul de sănătate (un alt centru de tratament, medici generaliști, spital), 1% prin sistemul de justiție sau aduși de poliție, 2,6% de alte tipuri de instituții, 0,9% necunoscut. Comparativ cu anul trecut, a crescut proporția celor care au solicitat asistență din proprie inițiativă sau au fost aduși de către familie sau prieteni (de la 65,3% la 68%) și a celor referiți la tratament prin sistemul de sănătate (de la 27,1% la 29,4%).

Grafic nr. 5-21 Distribuția admitterilor la tratament în funcție sursa de referință, 2007 și 2008 (%)



Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

În funcție de sursa de referință și sex, în anul 2008, distribuția cazurilor arată că au solicitat asistență din proprie inițiativă sau la inițiativa familiei sau prietenilor 72,3% dintre persoanele consumatoare de droguri de sex masculin și 53% dintre cele de sex feminin, în timp ce prin sistemul de sănătate aproximativ jumătate dintre femei și numai ¼ dintre bărbați (43,8%, respectiv 25,3%).

Datele raportate de centrele de asistență ale Ministerului Sănătății în cadrul indicatorului *Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri* pentru anul 2008 au oferit informații despre rata de șomaj în rândul persoanelor consumatoare de droguri. Astfel, în anul 2008, în funcție de statutul ocupațional, existent în momentul admitterii la tratament, se constată că:

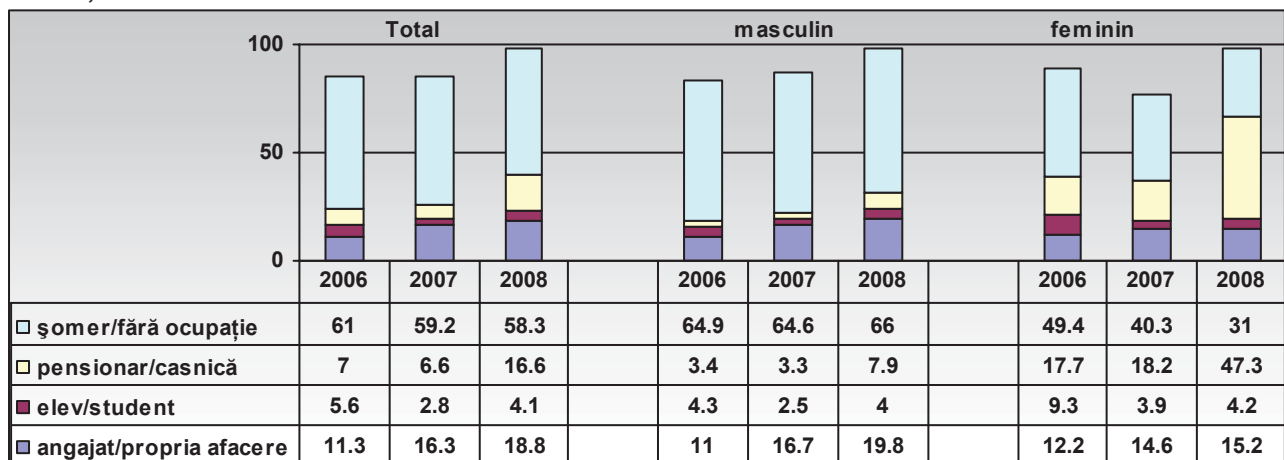
- 4% erau elevi sau studenți;
- 19% aveau un loc de muncă (contract pe perioadă determinată sau nedeterminată);
- iar 75% erau șomeri/fără ocupație (54%), inactivi economic (17% - pensionari sau casnice) sau lucrau fără contract de muncă⁵⁶ (4%)⁵⁷.

⁵⁶ fapt care implică lipsa asigurărilor sociale sau de sănătate

⁵⁷ Diferența de 2% reprezintă alte situații/neprecizat

Comparativ cu anii anteriori, în anul de referință a crescut proporția persoanelor angajate cu contract de muncă sau care au propria afacere (de la 11,3% la 18,8%) și a celor inactive economic (de la 7% la 16,6%) și a scăzut procentul celor care frecventează o formă de învățământ și a celor fără un loc de muncă (de la 61% la 58,3%).

Grafic nr. 5-22: Distribuția admitterilor la tratament în unitățile MS, în funcție de statutul ocupațional și sexul consumatorului, în perioada 2006- 2008 (%)



Notă: diferența până la 100% reprezintă alte situații/neprecizat

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

În funcție de variabila sex și de statutul ocupațional a rezultat că în 2008:

- 66% dintre bărbați sunt fără ocupație, 19,8% au un loc de muncă regulat, 7,9% sunt inactivi economic și 4% sunt elevi sau studenți;
- 31% dintre femei sunt fără ocupație, iar 47,3% sunt inactivi din punct de vedere economic, în timp ce numai 15,2% au un loc de muncă și 4,2% sunt eleve sau studente.

Analizând consecințele în plan social ale consumului de droguri, în anul 2008, comparativ cu anii anteriori, în funcție de variabila sex, se observă că: atât proporția persoanelor cu un loc de muncă (contract de muncă pe perioadă nedeterminată/determinată sau fără contract de muncă), cât și a celor șomere/fără ocupație este mai mare la persoanele de sex masculin, comparativ cu cele de sex feminin, în cazul cărora există însă o proporție mai mare de persoane inactivi economic și de elevi/studenți.

Din totalul de 1.522 de persoane admise la tratament în anul 2008 în centrele de tratament ale Ministerului Sănătății, 3,7% (57 de persoane) din totalul consumatorilor de droguri care au primit tratament în 2008 nu au mers vreodată la școală sau nu au absolvit studiile primare, jumătate (48,8%) au finalizat cel mult 8 clase, 23,5% au un nivel de școlarizare mediu, iar 8% studii superioare încheiate. Comparativ, persoanele de sex feminin au un nivel de educație mai mare decât al celor de sex masculin: au finalizat cel mult 8 clase: 41,1%-fete și 55,7%- băieți, studii liceale și superioare: 39% - fete și 29,3%- băieți, iar din totalul de 57 de persoane: 30 (2 fete și 28 de băieți) nu au mers vreodată la școală, iar restul de 27 (6 fete și 21 de băieți) nu au finalizat studiile primare.

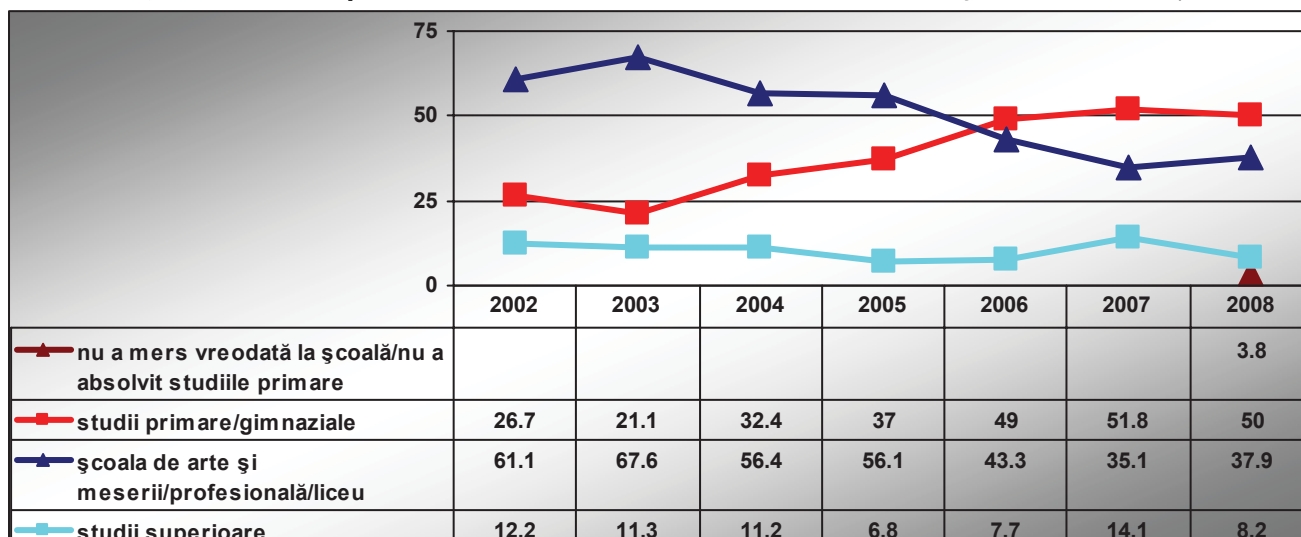
Tabel nr. 5-12: Distribuția admitterilor la tratament în centrele de tratament ale MS în funcție de nivelul educațional și sexul consumatorului, în 2008 (%)

	masculin	femin	total
Nu a mers vreodată la școală/Nu a absolvit studiile primare	4.1	2.4	3.7
Studii primare	14.6	12.8	14.2
Studii gimnaziale	37.0	25.9	34.6
Școala de artă și meserii /profesională	12.2	17.9	13.5
Studii liceale	22.9	25.3	23.5
Studii superioare	6.4	13.7	8.0
neprecizat	2.7	2.1	2.6
Total	100	100	100

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Evoluția admitterilor la tratament în perioada 2002-2008, în funcție de nivelul de școlarizare al persoanelor admise la tratament arată că dacă la începutul perioadei de referință 3 din 5 consumatori aveau un nivel mediu de școlarizare și doar ¼ un nivel scăzut de școlarizare (maxim 8 clase), din 2006 situația se schimbă astfel încât la sfârșitul anului 2008 doar aproximativ o treime (38%) aveau un nivel mediu de educație, iar mai mult de jumătate (53,8%) un nivel scăzut de școlarizare. De menționat că în 2008, pentru prima dată, se înregistrează, așa cum arătam anterior, un procent 3,8% persoane care nu au mers vreodată la școală sau nu au absolvit studiile primare. Proporția celor cu studii superioare oscilează între 6,8% și 14,1%.

Grafic nr. 5-23: Evoluția admitterilor la tratament în unitățile sanitare ale MS, în funcție de nivelul de școlarizare, în perioada 2002-2008 (% din total cazuri cu nivelul de școlarizare precizat*) -%



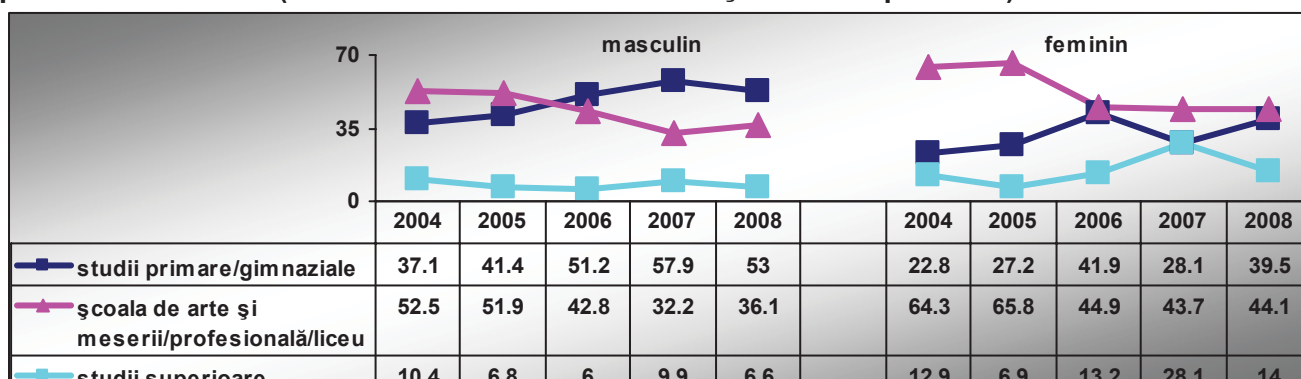
* - 2002 -1107, 2003 -1456, 2004 -1169, 2005 -1320, 2006 – 1129, 2007- 1326, 2008 – 1483

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

În funcție de sexul persoanei admise la tratament se observă că cele de sex feminin au un nivel de școlarizare mai ridicat. Astfel:

- deși are o tendință de scădere pentru ambele sexe, proporția celor cu nivel mediu de educație variază pentru femei între 43,7 - 65,8% și doar între 32,2 - 52,5% pentru bărbați;
- procentul celor cu studii superioare oscilează între 6,9 - 28,1% pentru persoanele de sex feminin, comparativ cu 6 -10% pentru persoanele de sex masculin;
- procentul celor care au cel mult 8 clase variază pentru femei între 22,8 – 41,9%, iar pentru bărbați între 37,1 – 57,9%;
- din cele 30 de persoane care nu au mers vreodată la școală doar 2 sunt fete, iar cele 27 care nu au finalizat studiile primare sunt 6 fete și 21 de băieți.

Grafic nr. 5-24: Evoluția admitterilor la tratament în funcție de nivelul de școlarizare, pe sexe, în perioada 2004-2008 (% din total cazuri cu nivelul de școlarizare precizat*)



Notă –pentru anul 2008, diferența până la 100% reprezintă proporția celor nu au mers vreodată la școală/nu au absolvit studiile primare (M- 4,2% și F-2,4%); * - 2004: M - 788 și F- 381, 2005: M-916 și F-404, 2006: M – 864 și F - 265, 2007: M – 1031 și F - 295, 2008: M – 1154 și F - 329

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

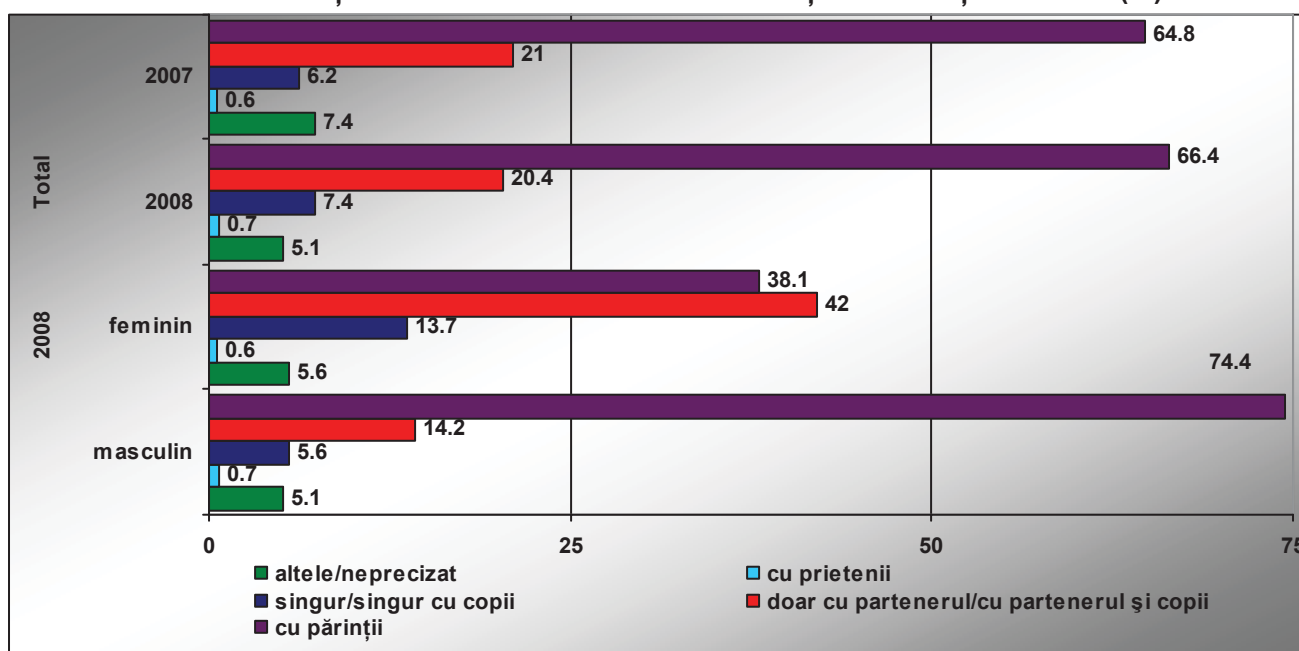
În ceea ce privește condițiile de locuit, în anul 2008, 7,4% dintre consumatorii de droguri locuiesc singuri sau cu copiii, 66,4% dintre aceștia locuiesc împreună cu părinții, 20,4% doar cu partenerul de viață/cu partenerul și copiii, 0,7% cu prietenii, iar 5,2% în alte locații sau situația locativă este neprecizată.

Comparativ cu anul anterior, deși modificările sunt mici ca valoare, a crescut procentul celor care locuiesc cu părinții, singuri/singuri cu copii sau cu prietenii și a scăzut proporția celor care locuiesc doar cu partenerul sau cu partenerul și copiii.

În anul de referință, situația locativă a persoanelor admise la tratament, în funcție de sex, era diferită:

- cu părinții locuiau circa 3 din 4 (74,4%) consumatori de sex masculin și doar aproximativ 2 din 5 persoane de sex feminin (38,1%);
- doar cu partenerul sau cu partenerul și copii locuiau aproximativ unul din 10 bărbați (14,2%) și aproape jumătate dintre femei (42%);
- singuri sau împreună cu copii 5,6% dintre persoanele de sex masculin și 13,7% dintre cele de sex feminin.

Grafic nr. 5-25: Distribuția admitterilor la tratament în funcție de situația locativă (%)



Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Profilul persoanelor admise la tratament ca urmare a consumului/dependenței de droguri în centrele de asistență ale MSP

În funcție de drogul principal consumat⁵⁸, datele statistice pentru anul 2008 conturează următorul profil al persoanelor admise la tratament ca urmare a dependenței de:

Heroină - bărbat, cu vârsta cuprinsă între 20 și 29 de ani (pentru cazurile noi 20-24 ani), care consumă heroina zilnic, pe cale injectabilă. Consumă, de asemenea, ca drog secundar, și alte droguri în special hipnotice și sedative (mai ales benzodiazepine) sau metadonă și alte opiacee și în procente mici cocaină, cannabis și alcool. Vârsta de debut se situează, pentru jumătate dintre ei, între 15 și 19 ani și pentru încă o treime, între 20 și 24 de ani. Majoritatea au venit la tratament din proprie inițiativă (77%) sau referiți de medicul de familie (19%) și au mai fost tratați anterior pentru consumul de droguri (63%). Au un nivel de educație scăzut (41% studii gimnaziale și 20% cel mult 4 clase) și locuiesc cu familia, fiind în general, fără ocupație (68%) și într-o proporție mai mică, angajați cu contract de muncă (20%).

Hipnotice și sedative - femeie, cu vârsta peste 45 de ani, care consumă zilnic pe cale orală mai ales benzodiazepine (ex: Diazepam, Alprazolam, Nitrazepam, Bromazepam, Xanax) și se adresează

⁵⁸ Pentru celelalte tipuri de droguri sunt un număr mic de cazuri: substanțe volatile - 10, stimulente - 8 și cocaină - 4

serviciilor din inițiativă proprie sau ca urmare a referirii de către medicul de familie, pentru prima dată la tratament. Are un nivel mediu de școlarizare, este pensionară și locuiește împreună cu partenerul/partenerul și copii.

Cannabis - bărbat, cu vârsta cuprinsă între 20 și 29 de ani, care consumă în procente mici și alte droguri, în special MDMA și derivate. A absolvit școala profesională sau liceul, este elev/ student sau fără ocupație și locuiește cu părinții. Vârsta de debut se situează sub 24 de ani. Fumează/inhalează marijuana săptămânal și vine pentru prima dată la tratament, trimis de organele de cercetare sau serviciile medicale și într-o proporție mai mică, din inițiativă proprie sau a familiei.

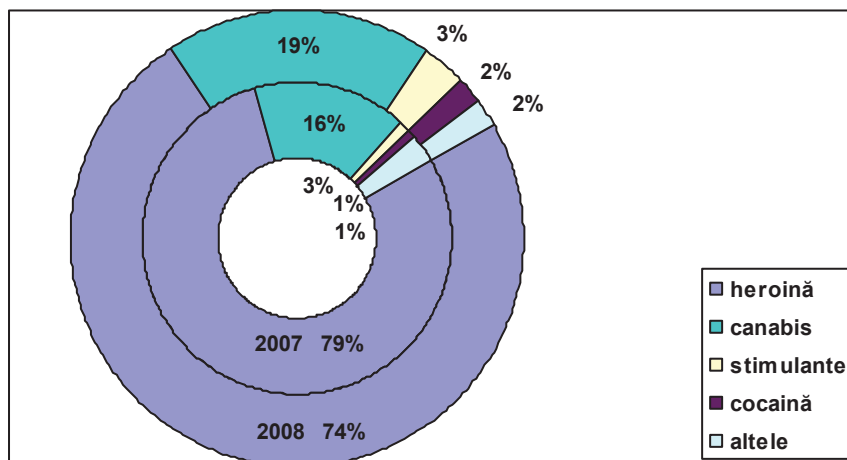
B. Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite în rețeaua centrelor de prevenire, evaluare și consiliere antidrog

În Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog au fost asistați, în anul 2008, un număr de 440 consumatori de substanțe ilicite care au solicitat admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri⁵⁹. În ceea ce privește distribuția teritorială a persoanelor care au beneficiat de tratament ca urmare a consumului de droguri, similar centrelor MS, se poate constata menținerea concentrării acestora cu predilecție în Municipiul București – 43,6% dintre cererile de tratament (în creștere față de anul anterior- 41%).

Analizând incidența admițerilor la tratament în anul de referință (93,6%), se poate constata că, față de anul 2007 (95%), a scăzut proporția persoanelor care au fost admise pentru prima dată la tratament pentru dependența de droguri.

În funcție de drogul principal consumat, în anul 2008, 74,3% dintre consumatorii de droguri au solicitat tratament pentru dependența de opiacee (73,6% pentru heroină, 07% metadonă și alte opiacee), 19,3% pentru cannabis, 3,2% pentru stimulante, 1,6% pentru cocaină, 1,1% pentru inhalanți volatili și 1,2% altele (halucinogene, alte opiacee și alte substanțe). Comparativ cu anul anterior, au scăzut admițerile la tratament pentru heroină (2007-78,4%, 2008-73,6%) și hipnotice și sedative (2007-1%, 2008-0%) și au crescut cele pentru cannabis (2007-15,8%, 2008-19,3%), inhalanți volatili (2007-0,8%, 2008-1,1%), cocaină (2007-1,4%, 2008-1,6%) și stimulante (2007-1,2%, 2008-3,2%).

Grafic nr. 5-26: Distribuția (%) admițerilor la tratament în funcție de drogul principal, CPECA, 2008

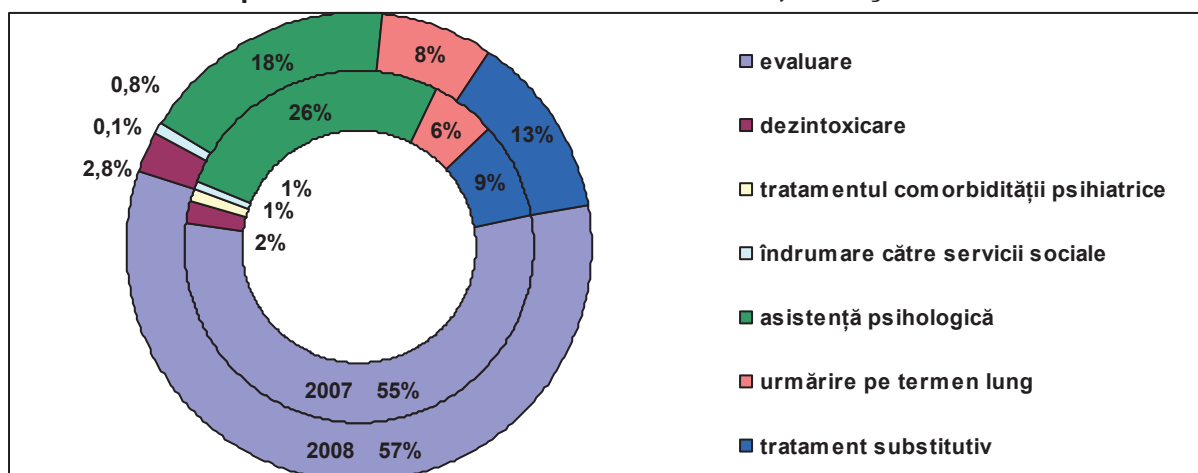


Sursa: ANA/IGPR

Din complexul de servicii oferit de CPECA/CAIA consumatorilor de droguri în anul 2008, un procent de 58% a fost reprezentat de evaluarea consumatorilor, 17,7% asistență psihologică, 12,9% tratament substitutiv, 7,6% urmărire pe termen lung, 2,8% dezintoxicare, 0,1% tratament pentru comorbiditatea psihiatrică asociată, 0,8% îndrumare către alte servicii sociale. Comparativ cu anul anterior, a crescut proporția persoanelor pentru care CPECA a asigurat evaluare, dezintoxicare, urmărire pe termen lung și tratament substitutiv.

⁵⁹ La nivel național au fost raportate un număr de 472 de cazuri, incluzând consumatorii de alcool și tutun

Grafic nr. 5-27: Tipuri de servicii oferite de CPECA/CAIA, 2007 și 2008



Sursa: ANA/IGPR

Referitor la distribuția pe sexe a persoanelor admise la tratament, în anul de referință, se observă că un procent de 88% dintre solicitările de tratament s-a înregistrat pentru persoanele de sex masculin și 11% pentru persoanele de sex feminin⁶⁰.

În funcție de grupa de vârstă, cele mai multe admiteri la tratament în 2008 au fost pentru persoane între 20 și 34 de ani: aproximativ o treime (31,8%) dintre persoane au între 20 și 24 ani, o altă treime (31,6%) între 25 și 29 de ani și 19,3% între 30 și 34 de ani. Față de anul anterior se constată o scădere a proporției persoanelor mai tinere de 30 de ani (2007-78,2%, iar 2008 – 69,15%) și o creștere pentru cele peste 30 de ani: de la 19,8% în 2007 la 29,5% în 2008.

Ca și anul anterior, se poate constata că procentul grupelor de vârstă care au cea mai crescută frecvență în rândul consumatorilor de droguri sunt relativ similare cu cele evidențiate în cazul centrelor MS, unde categoria de vârstă 25-29 de ani a avut cea mai mare reprezentativitate.

Tabel nr. 5-13: Distribuția admițiilor la tratament în CPECA, în funcție de grupa de vârstă, 2008 (%)

An	Grupa de vârstă (ani)								Total*
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>=45	
2007	0.4	8.9	32.3	36.6	13.5	4.2	1.8	0.2	100
2008	0.0	5.7	31.8	31.6	19.3	7.5	2.0	0.7	100

* Notă: diferența până la 100% - neprecizat

Sursa: ANA/IGPR

Distribuția cazurilor în funcție de frecvența consumului arată că un procent de 43,2% din totalul consumatorilor de droguri consumă drogul zilnic⁶¹, 34,1% consumă ocazional, 7,3% consumă o dată pe săptămână, situația fiind similară cu cea din anul anterior.

Din totalul admițiilor la tratament, pentru 17% dintre cazuri a fost înregistrat policonsumul de substanțe psihoactive. Drogurile secundare cu frecvența cea mai mare sunt: opiaceele (85%) și cannabisul (11%). Față de anul anterior se constată atât o scădere a proporției de persoane care au consumat un drog secundar (21%), cât și tipul respectivului drog (în anul 2007: opiacee, ecstasy și, cannabis în proporție egală de 16%, urmate de alcool cu 15%).

În funcție de vârsta de debut în consumul de droguri, se constată o creștere a proporției pentru debutul la vârste tinere:

- 11,1% la mai puțin de 15 ani (2007-10,5%);
- aproximativ jumătate între 15 și 19 ani: 2008-43%, 2007-42%;
- 25% între 20 și 24 de ani (2007-25,3%);
- iar 10,5% între 25 și 29 de ani (2007-7,7%).

În ceea ce privește consumatorii de heroină, pentru 44,8% (2007-42%) dintre aceștia debutul în consum a avut loc în intervalul 15-19, ca și pentru 42,3% (44%-2007) dintre consumatorii de cannabis.

⁶⁰ Pentru 3 cazuri nu s-a precizat sexul consumatorului

⁶¹ Proporție mai mică comparativ cu datele centrelor din rețeaua MS (80,8% pentru consum zilnic) deoarece o proporție considerabilă dintre consumatorii asistați de către CPECA se regăsește în mediul penitenciar (37,3%).

Similar admiterilor la tratament în centrele MS, și în cazul persoanelor care au urmat tratament în CPECA, grupa de vârstă cu cel mai mare risc este cea de 15-19 ani.

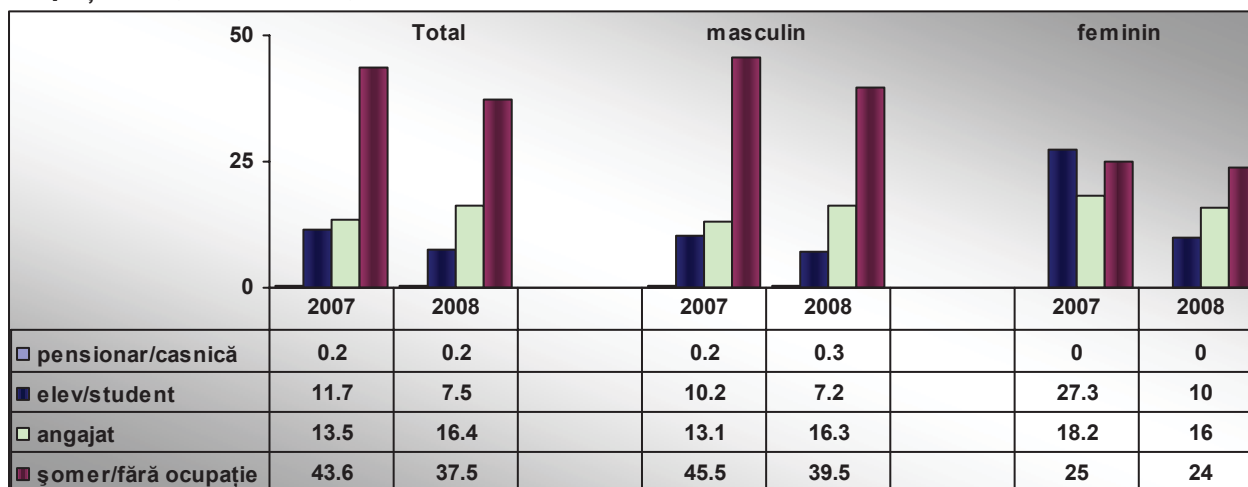
În 2008, în funcție de sursa de referire, 37,7% dintre persoanele consumatoare de droguri au solicitat asistență din proprie inițiativă sau a familiei/prietenilor (34,3%, respectiv 3,4%), în timp ce 46,4% au fost referiți la tratament prin sistemul de justiție sau aduși de poliție, 8,4% prin sistemul de sănătate (centru de tratament, medici generalişti, spital, servicii sociale), 7% altele surse, iar 1% necunoscut. Față de anul anterior se observă o creștere a celor care au solicitat asistență din proprie inițiativă (de la 23% la 34,3%).

Analizând cele 440 de cazuri de admitere la tratament, în Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, în anul de referință, în funcție de statutul ocupațional distribuția era următoarea: 37,5% erau fără ocupație/șomeri, 26,1% - în arest/deținut/executa pedeapsa cu închisoarea la locul de muncă, 16,4% - angajați, 7,5% - elevi/studenti, 0,2% - inactivi economic, iar 12,3% - alte situații/necunoscut.

Față de anul anterior se constată o scădere a proporției de persoane fără ocupație/șomeri (2007 – 43,6%) și a celor elevi/studenti (2007-11,7%) și o creștere a procentului de persoane care aveau un loc de muncă (2007-13,5%).

De asemenea, se constată o discrepanță majoră în ceea ce privește procentul de consumatori de droguri șomeri sau inactivi economic care este mult mai mare în centrele MSP, precum și a procentului de elevilor/studentilor care este mult mai ridicat în CPECA.

Grafic nr. 5-28: Distribuția persoanelor admise la tratament în CPECA, în funcție de statutul ocupațional și sex, 2007 și 2008



Notă: diferența până la 100% reprezintă alte situații/neprecizat

Sursa: ANA/IGPR

În funcție de sex și de statutul ocupațional se observă că proporția celor șomeri/fără ocupație este mai mare în cazul consumatorilor de sex masculin, comparativ cu cei de sex feminin în cazul cărora există un procent mai mare de persoane angajate sau care urmează o formă de învățământ.

Din categoria consumatorilor de heroină: 40,7% sunt șomeri/fără ocupație, 16% au un loc de muncă cu contract pe perioadă determinată/nedeterminată și 1,5% elevi/studenti, iar dintre consumatori de cannabis: 30,6% sunt șomeri/fără ocupație, 16,5% sunt angajați și 25,9% elevi/studenti.

Datele colectate, în 2008, prin intermediul indicatorului *Admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri* în CPECA ne oferă următoarele informații referitor la nivelul educațional și respectiv abandon școlar: din totalul celor 440 de admiteri la tratament mai mult de jumătate (51,5%) dintre consumatori au un nivel scăzut de școlarizare (5,9% nu au mers la școală/nu au absolvit studiile primare, 12% au finalizat studiile primare, 33,6% au studii gimnaziale), 27,5% au un nivel mediu și numai 4,5% au studii superioare. Se constată o scădere a nivelului de școlarizare comparativ cu 2007: 12% nu au absolvit studiile primare, 38% au finalizat studiile gimnaziale, 32% dintre aceste persoane au studii liceale, 6% au studii superioare încheiate⁶².

Comparativ pe sexe, se constată un nivel mai scăzut de școlarizare pentru consumatorii de sex feminin față de cei de sex masculin. Astfel, nu au mers vreodată la școală sau nu au absolvit clasele primare 20% dintre femei și doar 4,1% dintre bărbați, iar cursurile unei instituții de învățământ

⁶² Diferența până la 100% reprezintă cazurile pentru care nu s-a înregistrat nivelul de școlarizare : 2008-16,4%, iar 2007 – 12%

superior au fost absolvite de 4% dintre femei și 4,7% dintre bărbați. În funcție de drogul principal consumat și de nivelul de educație se constată că:

- dintre consumatorii de heroină: 7,4% nu au mers vreodată la școală sau nu au încheiat studiile primare, 49% au finalizat cel mult 8 clase, 21% au absolvit studii liceale, iar 4,6% au finalizat studii post-liceale/universitare de lungă durată/postuniversitare;
- dintre consumatorii de cannabis: 1,2% nu au mers vreodată la școală sau nu au încheiat studiile primare, 36,5% au finalizat cel mult 8 clase, 36,5% au absolvit studii liceale, iar 13% au finalizat studii post-liceale/universitare de lungă durată/postuniversitare.

Referitor la condițiile de locuit, în anul 2008, 42% dintre persoanele asistate au declarat că locuiesc împreună cu părinții, 40,9% în alte locații (penitenciar), 10,1% împreună cu partenerul/partenerul și copii, 3,9% singure, 0,7% cu prietenii și 2,3% necunoscut. În anul 2007, 42% dintre consumatorii de droguri locuiau împreună cu părinții, 38% în alte locații (penitenciar), 4% cu partenerul de viață, 3% singuri, 3% cu partenerul și copiii, 3% cu prietenii și 7% necunoscut.

Profilul persoanelor admise la tratament, în anul 2008, ca urmare a consumului/ dependenței de droguri în CPECA⁶³

Heroină - bărbat, cu vârsta cuprinsă între 25 și 29 de ani, care consumă heroina zilnic, pe cale injectabilă. Consumă, de asemenea, ca drog secundar, și alte droguri în special metadonă, cannabis și cocaină. Vârsta de debut se situează între 15 și 19 ani, nu are nicio ocupație și locuiește cu părinții. Este la prima admitere la tratament pentru consumul de droguri.

Cannabis - bărbat, cu vârsta cuprinsă între 20 și 24 de ani (în anul 2007 între 25 și 29 de ani). Vârsta de debut se situează în intervalul 15-19 ani. Este student sau nu are nicio ocupație și locuiește cu părinții. Consumă acest tip de drog ocazional și este la prima admitere la tratament pentru consumul de droguri

5.4. TENDINȚE ÎNREGISTRATE ÎN RANDUL CLIENȚILOR SERVICIILOR DE TRATAMENT

Principalele tendințe pentru indicatorul epidemiologic cheie admitere la tratament au fost:

- deși în ultimii doi ani s-a observat o creștere a solicitărilor de tratament pentru droguri ilicite, (în anul 2008 a ajuns aproximativ la nivelul anului 2002), raportul cazuri noi/recidive rămâne subunitar, situație care susține alte evaluări ale consumului de droguri realizate de ANA;
- drogul principal pentru care s-au solicitat servicii de asistență a fost heroina. Pe locul doi s-au situat medicamentele hipnotice și sedative (centrele Ministerului Sănătății) și cannabisul în cazul CPECA. Procentul pacienților pentru care cocaina a fost drogul principal de consum a rămas foarte mic (aproximativ 1%);
- urmărind evoluția admițerilor la tratament, în unitățile MS, în perioada 2002-2008 pentru heroină, hipnotice și sedative și cannabis (cazuri noi vs. recidive) s-a constatat că: în cazul cannabisului, pe toată perioada, proporția celor care au solicitat tratament pentru acest tip de drog a fost mai mare în cazul consumatorilor care solicitau tratament pentru prima dată decât în cazul recidivelor; în ceea ce privește heroina, în perioada 2002-2006, proporția celor care au solicitat tratament pentru acest tip de drog era mai mare în cazul consumatorilor care solicitau tratament pentru prima dată, iar din anul 2007 a devenit mai mare în cazul recidivelor; pentru hipnotice și sedative situația a fost inversă: pentru aceeași perioadă, 2002-2006, proporția celor care au solicitat tratament pentru acest tip de drog era mai mare în cazul recidivelor, iar din anul 2007 a devenit mai mare în cazul admițerilor noi. Datele prezentate conduc la 2 ipoteze: fie a crescut accesibilitatea la tratament pentru utilizatorii care consumă alt tip de drog decât heroina, fie asistăm la o schimbare a modelului de consum: scade proporția consumatorilor de heroină și crește cea a consumatorilor de hipnotice și sedative, cannabis, metadonă și alte opiacee (decât heroina), cocaină, halucinogene etc.;
- analizând evoluția admițerilor la tratament, pentru aceeași perioadă, în funcție de sexul consumatorului și tipul admițerii se constată că raportului bărbați/femei pentru numărul total de persoane aflate în tratament a scăzut în perioada 2001-2003 (de la 5:1 la 2:1) pentru ca, ulterior, să aibă o tendință constantă de creștere (de la 2:1 la 3,5:1), iar pentru cazurile noi de tratament indicatorul variază între 2,3:1 și 4,6:1, înregistrând totuși valori mai mici în perioada 2005-2008 comparativ cu 2001-2004 (vezi tabelul 5-3), situație care sugerează o posibilă

⁶³ Pentru celelalte tipuri de droguri sunt un număr mic de cazuri: stimulente – 14, cocaină-7, substanțe volatile-5, hipnotice și sedative – 0

creștere a accesibilității serviciilor pentru persoanele de sex feminin consumatoare de droguri ilicite;

- consumatorii de sex masculin consumă preponderent heroină, iar consumul de hipnotice, sedative și alte substanțe (de exemplu: Alcaloizi, Antalgice, Antidepresive, Calmogen, Carbamazepine, Depakine, Meprobamat, Rapinirol, Sepoquel, Taver) este mai mare pentru femei; în cazul bărbaților se înregistrează și un consum mai mare de cannabis;
- cele mai multe persoane debutează în consumul de droguri între 15-19 ani, proporția acestora fiind în creștere, de la 25%- 2004 la 35% - 2007. Următoarea grupă de risc este cea de 20-24 de ani, vârstă la care au debutat aproximativ unul din patru consumatori de droguri. Proporția persoanelor care au început să consume substanțe psihoactive între 25-34 de ani se menține relativ stabilă (între 12-15%). Față de anul 2004, se constată o reducere la mai puțin de jumătate atât a procentului de persoane care au debutat în consumul de droguri la mai puțin de 15 ani (de la 12% la 5%), cât și al celor care au început să consume la peste 35 de ani (de la 20% la 9%);
- procentul utilizatorilor zilnic oscilează în perioada 2004-2008 între 77,2% și 85,2%, iar în funcție de drogul consumat, față de anii anteriori se observă că a scăzut pentru hipnotice și sedative și alte substanțe, înregistrează aceleași valori mari pentru metadonă și heroină, a crescut pentru cocaină, halucinogene și cannabis și a avut o evoluție oscilantă pentru inhalanți volatili și stimulente;
- referitor la calea de administrare a drogului principal, se constată că: predomină administrarea injectabilă (pentru anul 2008: aproximativ 3 din 5 consumatori), existând și o tendință de creștere a proporției celor care își administrează în acest mod drogul: de la 50,9%-2004 la 72,1% în anul 2008. De asemenea, proporția consumatorilor de droguri care au în antecedente, indiferent de tipul drogului consumat, modelul de consum prin injectare a crescut de la 51,1% în anul 2004 la 70,7% în anul 2008. Deși creșterea se înregistrează atât pentru consumatorii de sex feminin cât și pentru cei de sex masculin, proporția consumatorilor de droguri care au în antecedente, indiferent de tipul drogului consumat, modelul de consum prin injectare este diferită, ca proporție, pentru cele 2 sexe, fiind influențată de faptul că utilizatorii de droguri bărbați sunt majoritatea consumatori de heroină, spre deosebire de femei unde numai aproximativ o treime consumă heroină;
- nivelul de școlarizare al persoanelor admise la tratament: dacă la începutul perioadei de referință 3 din 5 consumatori aveau un nivel mediu de școlarizare și doar ¼ un nivel scăzut de școlarizare (maxim 8 clase), din 2006 situația se schimbă astfel încât la sfârșitul anului 2008 doar aproximativ o treime (38%) aveau un nivel mediu de educație, iar mai mult de jumătate (53,8%) un nivel scăzut de școlarizare. De menționat că în 2008, pentru prima dată, se înregistrează un procent 3,8% persoane care nu au mers vreodată la școală sau nu au absolvit studiile primare;
- majoritatea persoanelor care au solicitat tratament sunt șomeri/fără ocupație, inactivi economic sau lucrează fără contract de muncă, locuiesc cu familia de proveniență sau propria familie și au solicitat asistență din proprie inițiativă sau la inițiativa familiei/prietenilor;
- menținerea concentrării cazurilor de consum de heroină în București, heroina fiind în continuare consumată mai ales pe cale injectabilă. Profilul tip al consumatorului de heroină arată existența altor tratamente anterioare și un model de policonsum de droguri. Aproape jumătate dintre consumatorii de heroină au debutat în consum între 15-19 ani (proporția fiind în ușoară creștere de la 42% la 47%), iar debutul precoce, la mai puțin de 15 ani, înregistrează o tendință de creștere: variază între 4,6% și 8,2%. În funcție de sex, se constată că dacă în perioada 2004-2005 proporția femeilor care au debutat în consumul de heroină sub 19 ani, din totalul admițerilor la tratament pentru persoane de sex feminin, era mai mare decât cea similară în cazul bărbaților, din anul 2006 situația se inversează deoarece în primul caz a existat o tendință de scădere (de la 61,7%-2005 la 39,3%-2008), în timp ce pentru persoanele de sex masculin proporția celor care au debutat în consumul de heroină sub 19 ani a fost în creștere: de la 44,3%-2004 la 55,4%-2007 și 55,1%-2008.

Capitolul 6 - Consecințe și corelații în planul sănătății

6.1 BOLILE INFECȚIOASE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

6.1.1 HIV/SIDA, HEPATITE VIRALE, BOLI CU TRANSMITERE SEXUALĂ, TUBERCULOZĂ, ALTE TIPURI DE COMORBIDITATE INFECȚIOASĂ

Cadru general

Și în anul 2008, se poate vorbi despre o tendință de stabilizare a prevalenței bolilor infecțioase asociate consumului de droguri:

- la valori reduse pentru HIV;
- în creștere ușoară, dar în continuare sub-raportată pentru HVB și, astfel, relativ acceptabilă numeric;
- îngrijorătoare pentru HVC, cu valori peste media europeană.

Valorile înregistrate se încadrează în tendințele existente la nivel regional: prevalență redusă a HIV și ridicată a HVC, utilizarea în comun a echipamentului de injectare într-un procent ridicat, adresabilitate redusă la serviciile medico-sociale.

În afara acestor trei afecțiuni, nu există date disponibile pentru alte boli cum ar fi sifilisul, tuberculoza, infecții cu transmitere sexuală, boli legate în România mai ales de aspecte socio-economice (populații defavorizate economic, practicarea sexului comercial, nivel redus al educației sanitare) și mai puțin de consumul de droguri pe cale injectabilă.

Datele au fost colectate prin intermediul sistemului de colectare implementat de ORDT în baza fișei de admitere la tratament ca urmare a consumului de droguri, prin intermediul căreia s-au colectat, în anul 2008, date de la 47 de Centre de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, 5 Centre de Asistență Integrată în Adicții, și din 14 unități specializate din rețeaua Ministerului Sănătății. Aceste date, deși nu acoperă încă întreg spectrul unităților care oferă asistență medicală consumatorilor de droguri, arată că tendințele în ceea ce privește bolile infecțioase asociate consumului de droguri rămân neschimbate.

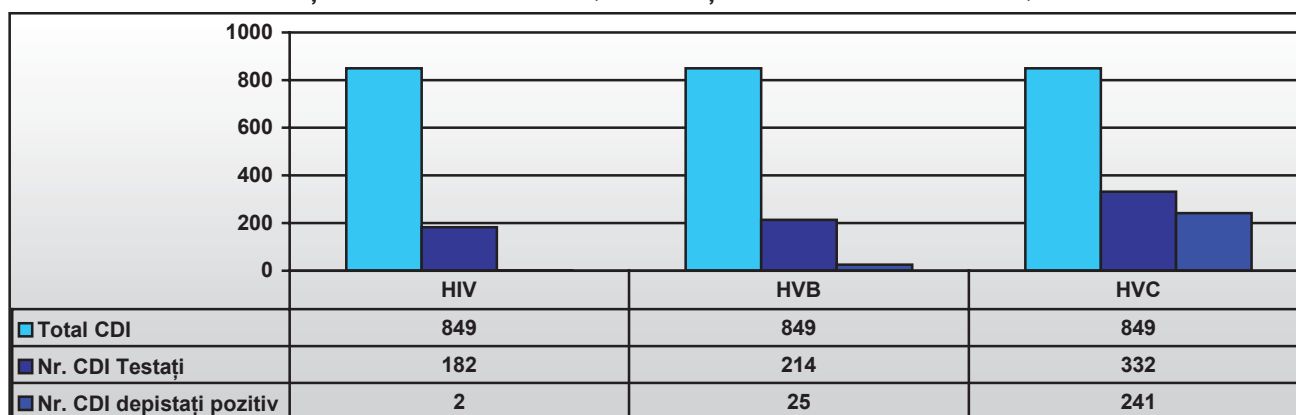
Bolile infecțioase asociate consumului de droguri

Astfel, în anul 2008, conform sursei de colectare mai sus menționate au fost înregistrate 849 de cazuri de consumatori de droguri injectabile (CDI). Drogul principal utilizat de CDI a fost heroina (842), restul cazurilor raportând alte substanțe ca drog principal: tramadol, oxiconon, ketamină, fortral, morfina, alte opiacee.

În funcție de variabila sex, din totalul cazurilor analizate, un procent de 89,3% sunt de sex masculin și 10,7% de sex feminin.

Dintre cele 849 de persoane înregistrate drept consumatori de droguri injectabile, 332 au declarat că au fost testate pentru virusul hepatic C (HVC), 214 pentru virusul hepatic B (HVB) și 182 pentru HIV. Nu au fost raportate date suplimentare despre testele de confirmare.

Grafic nr. 6-1: Distribuția numărului de CDI, în funcție de rezultatul testării, 2008

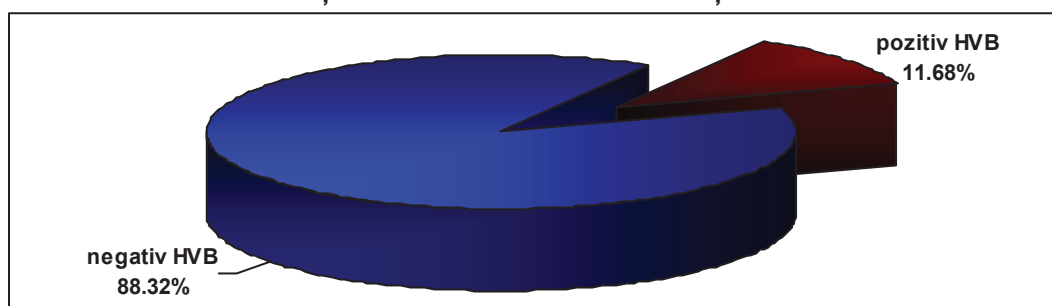


Sursa: ANA/IGPR

a) Infecțiile cu virusurile hepatice B și C

În anul 2008 pentru HVB, prevalența infecției a fost de 11,68% (25 cazuri pozitive din 214 testate, 24 de sex masculin și 1 de sex feminin).

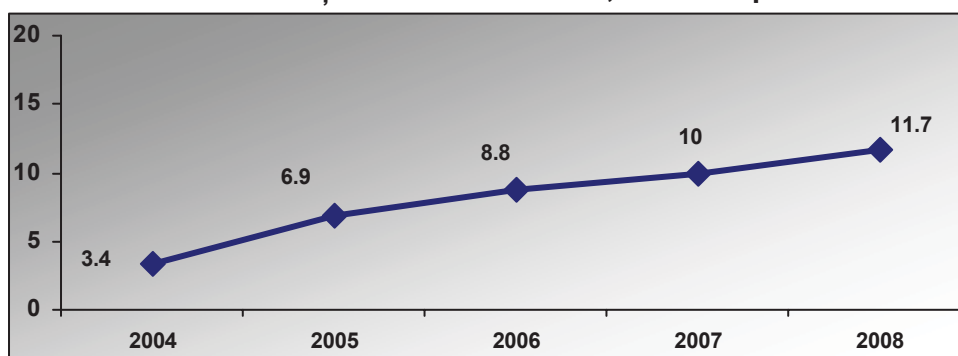
Grafic nr. 6-2: Prevalența HVB în rândul CDI internați în centrele de dezintoxicare, 2008 (%)



Sursa: ANA/IGPR

Analizând datele pentru perioada 2004-2008, se observă menținerea unei tendințe de creștere (cu aproximativ un procent anual) a prevalenței HVB. Această creștere se poate datora, în mare parte, îmbunătățirii disponibilității serviciilor de testare HVB și astfel a îmbunătățirii gradului de raportare. Așa cum a fost explicat și în rapoartele anterioare, prevalența HVB în rândul CDI este foarte posibil să fie subraportată datorită faptului că de-a lungul timpului pacienții au fost pierduți din evidență și nu au existat mijloacele tehnice și mai ales financiare care să permită efectuarea unor analize necesare investigării mai amănunțite a infecțiilor virale AgHBc și HBe pentru HVB⁶⁴.

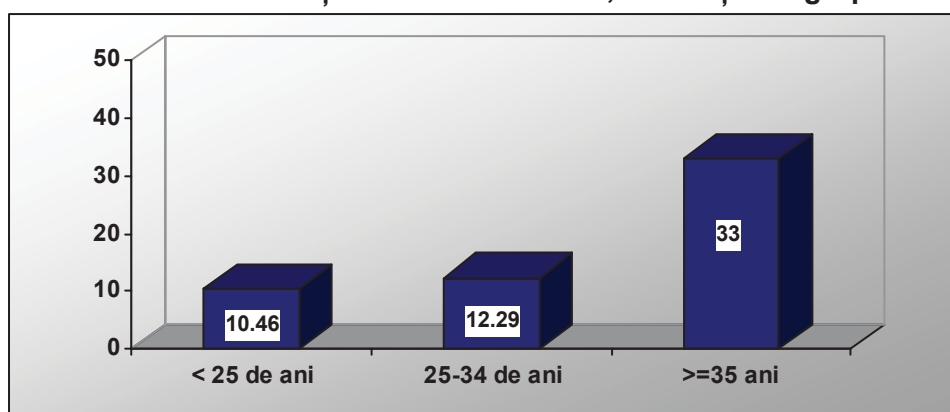
Grafic nr. 6-3: Prevalența HVB în rândul CDI, date comparate 2004-2008 (%)



Sursa: ANA/IGPR

În funcție de grupa de vârstă, cea mai mare prevalență s-a înregistrat în rândul CDI cu vârsta mai mare de 34 de ani (33%), urmată de a celor cu vârsta cuprinsă între 25 și 34 de ani (12,29%). Cea mai mică prevalență a HVB s-a înregistrat pentru CDI cu vârste mai mici de 25 de ani (10,46%).

Grafic nr. 6-4: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, 2008 (%)

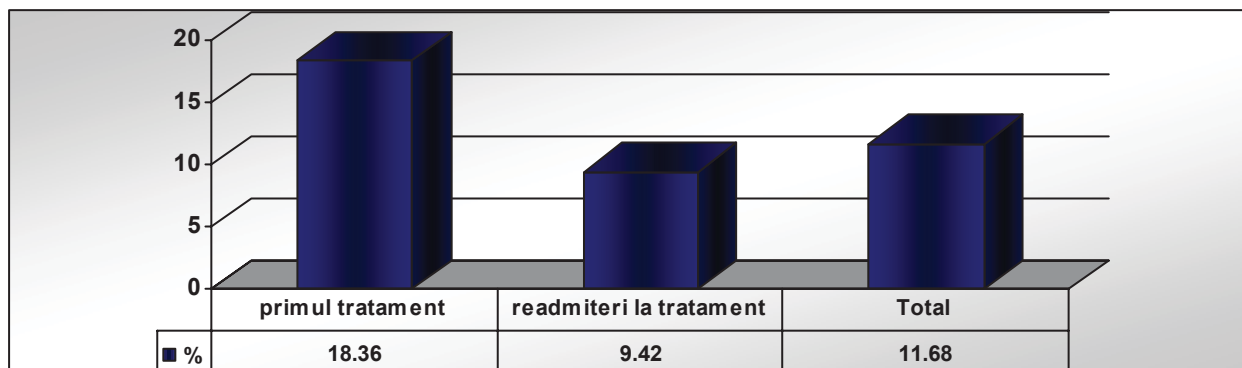


Sursa: ANA/IGPR

⁶⁴ Vezi Raport Național 2008

Prevalența HVB a înregistrat valori duble în grupul pacienților admiși pentru prima oară la tratament (18,36%), comparativ cu a cazurilor înregistrate ca recidive (9,42%). Diferența mare dintre cele două proporții ar putea fi explicată, parțial, prin numărul semnificativ mai mic de clienți testați HVB în rândul celor care se află la prima admitere la tratament (41 față de 159).

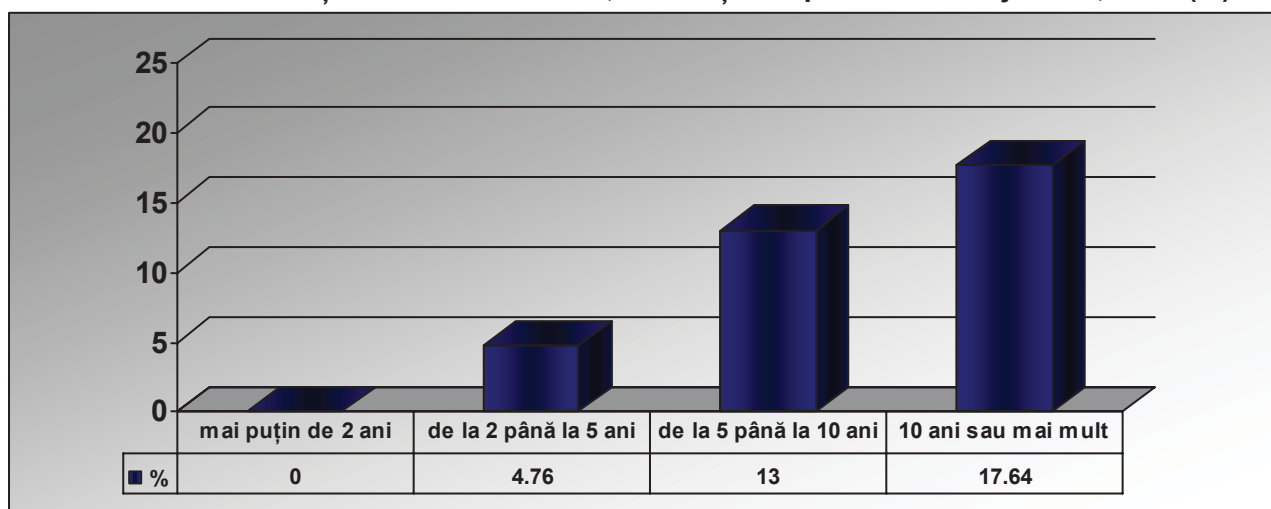
Grafic nr. 6-5: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de tipul aditerii (cazuri noi/recidive), 2008 (%)



Sursa: ANA/IGPR

Pentru a observa mai bine această diferență s-a urmărit distribuția HVB în rândul CDI, în funcție de istoricul de injectare. Între cei testați, cea mai ridicată rată a prevalenței s-a înregistrat în grupul consumatorilor cu un istoric de injectare de peste 10 ani (17,64%). Datele prezentate mai jos susțin ipoteza conform căreia, creșterea prevalenței HVB în rândul CDI din ultimii ani nu reprezintă o problemă nouă, ci mai probabil este vorba de subraportarea prezenței acestui virus în rândul grupului de referință, iar creșterea prevalenței în rândul celor noi admiși la tratament deși pare a prezenta o tendință contradictorie se poate explica prin factori ca: pierderea unor pacienți de-a lungul timpului din evidențele unităților de asistență, numărul mai mic de clienți testați HVB în rândul celor care se află la prima admitere la tratament, sau diversificarea serviciilor oferite CDI prin extinderea și consolidarea rețelei CPECA, respectiv CAIA și prin aceasta atragerea consumatorilor cu istoric îndelungat de consum la suprafață.

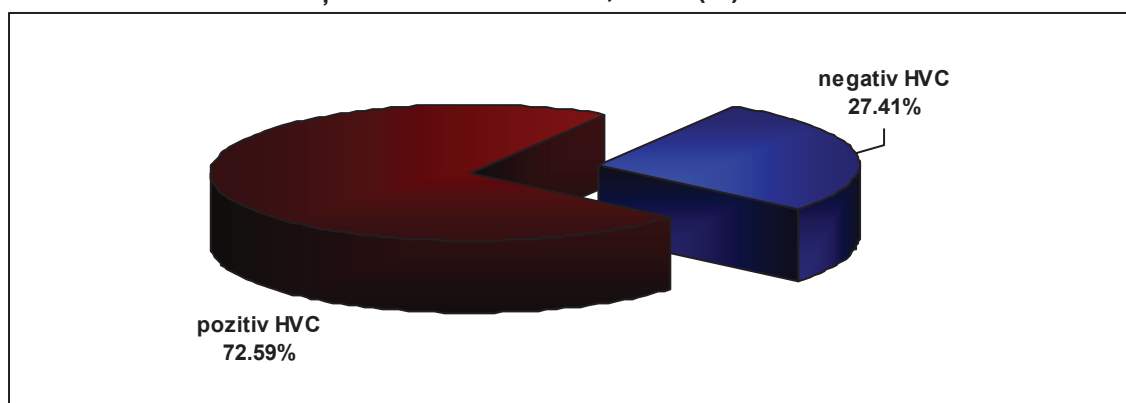
Grafic nr. 6-6: Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2008 (%)



Sursa: ANA/IGPR

Spre deosebire de prevalența infecției cu HVB, prevalența infecției cu HVC în rândul celor 322 de CDI testați a înregistrat valori mult mai mari. Datele disponibile pentru anul 2008 arată o prevalență a infecției HVC de 72,59% (241 persoane testate), situând România în rândul țărilor europene cu o prevalență crescută pentru infecția cu HVC.

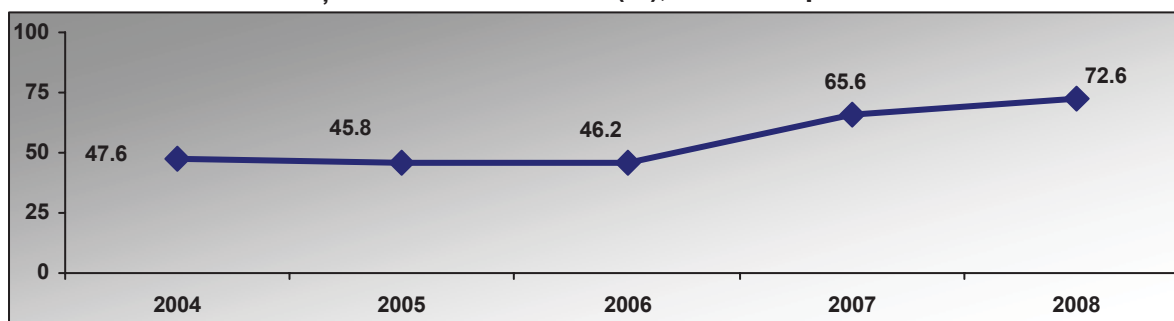
Grafic nr. 6-7: Prevalența HVC în rândul CDI, 2008 (%)



Sursa: ANA/IGPR

Distribuția grafică a prevalențelor HVC în perspectivă multianuală arată o tendință de creștere a proporției persoanelor infectate HVC în rândul CDI. Acest fapt este în acord cu mai multe studii desfășurate anterior⁶⁵, conform cărora fenomenul poate avea atât cauze directe, respectiv frecvența ridicată de utilizare a comportamentului de injectare în comun și indisponibilitatea echipamentului steril sau lipsa de informare a consumatorilor cu privire la riscurile asociate consumului de droguri injectabile, dar și cauze indirecte determinate de o mai mare disponibilitate a serviciilor de testare HVC.

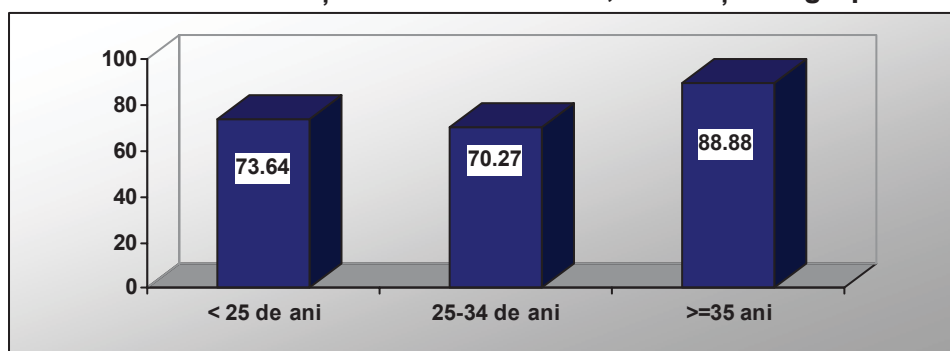
Grafic nr. 6-8: Prevalența HVC în rândul CDI (%), date comparate 2004-2008



Sursa: ANA/IGPR

Distribuția pe sexe arată că prevalența infecției cu HVC a fost semnificativ mai mare în rândul pacienților de sex masculin (74,91%), comparativ cu cei de sex feminin (51,51%). Toate categoriile de vârstă studiate (<25 ani; 25-34 ani; >34 ani) au înregistrat prevalențe pentru HVC la nivele de peste 70% dintre CDI, respectiv 73,64%, 70,27% și 88,8%.

Grafic nr. 6-9: Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, 2008 (%)

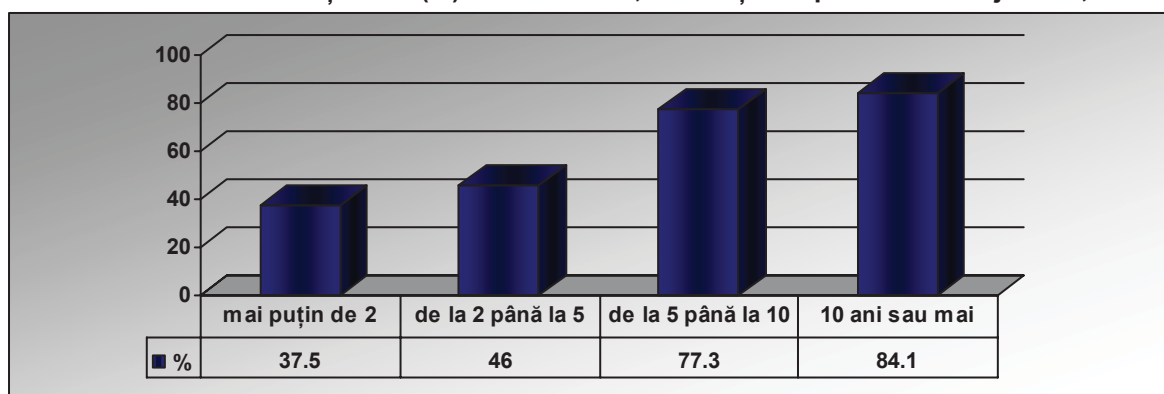


Sursa ANA/IGPR:

Ca și în cazul HVB, cea mai ridicată rată a prevalenței s-a înregistrat în grupul consumatorilor cu un istoric de injectare de peste 10 ani (84,1%).

⁶⁵ Vezi Raport Național 2008

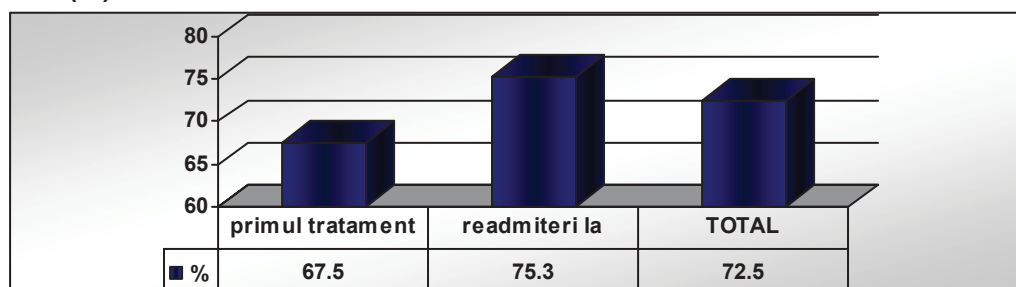
Grafic nr. 6-10: Prevalența HVC (%) în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2008



Sursa: ANA/IGPR

De asemenea, prevalența HVC a fost mai mare în grupul pacienților readmiși la tratament (75,6%), în comparație cu pacienții admiși pentru prima oară la tratament ca urmare a consumului de droguri (63,6%). Pentru anul 2008 se poate observa că între nivelul infecției cu HVC în rândul cazurilor prevalente (67,5%) și incidente (75,3%) de CDI există o diferență importantă (aproximativ 8%).

Grafic nr. 6-11: Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de tipul admitterii (cazuri noi/recidive), 2008 (%)



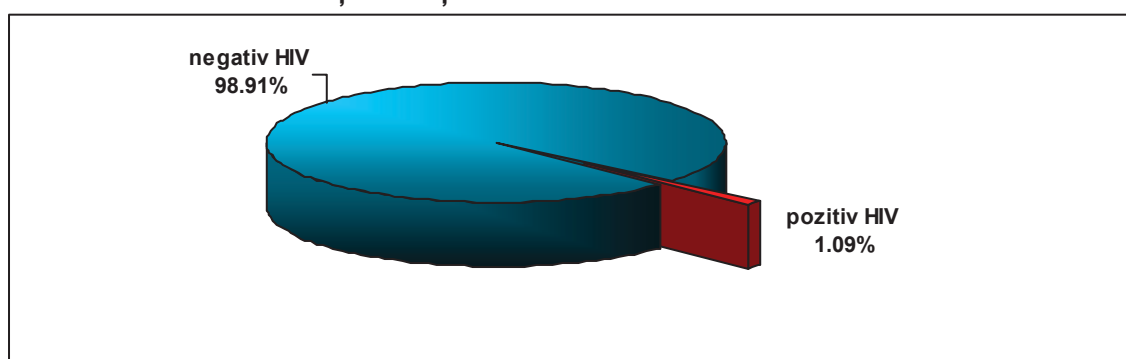
Sursa: ANA/IGPR

b) Infecția cu HIV

Datele disponibile referitoare la infecția HIV/SIDA și consumul de droguri injectabile nu sugerează o modificare a tendinței în anul 2008, comparativ cu anii anteriori.

În anul 2008 s-au înregistrat doar două cazuri au fost seropozitive dintr-un total de 182 de consumatori de droguri injectabile care au declarat că au fost testați HIV în cadrul unităților medicale de profil. Din cauza numărului redus de cazuri, nu s-au putut efectua analize statistice în funcție de variabilele: perioada de timp care a trecut de la prima injectare, grupa de vârstă sau momentul admitterii la tratament.

Grafic nr. 6-12: Prevalența infecției HIV în rândul CDI



Sursa: ANA/IGPR

Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea infecției HIV/SIDA din Cadrul Comisiei Naționale de Luptă anti-SIDA din Ministerului Sănătății, raportează pentru România, în anul 2008 un număr de

trei cazuri HIV pozitive dintr-un total de 383 de consumatori de droguri injectabile testați în cadrul unităților medicale de profil.

În anul 2008, prin intermediul asistenței tehnice și financiare a UNODC – Biroul România și a Fondului Global de Combatere a HIV, Tuberculozei și Malariei, patru organizații neguvernamentale și două penitenciare din București (Aliat, Samu Social, Aras, Integration, penitenciarele Rahova și Jilava) au derulat programe de schimb de seringi și un ONG (ARAS) și un penitenciar (Rahova) din București au oferit tratament substitutiv. Astfel, în anul 2008, prin intermediul programelor de schimb de seringi, au primit asistență un număr de 7081 CDI, iar 222 de consumatori au fost integrați în programe de substituție cu metadonă. În cadrul programelor de schimb de seringi, dintre cei 7081 clienți au fost testați pentru HIV/SIDA 251 de subiecți, fără să fie găsit vreun rezultat seropozitiv. Dintre cei 222 de clienți ai serviciilor de substituție, 46 CDI au declarat că au fost testați HIV, iar 4 se află în evidență ca fiind seropozitivi.

Concluzii:

- prevalențele pentru infecțiile cu HVB și HVC în rândul CDI au înregistrat creșteri în anul 2008, comparativ cu anii anteriori; iar prin prevalența foarte ridicată, HVC reprezintă o problemă majoră de sănătate publică;
- prevalența infecției HIV s-a menținut la același nivel și în anul 2008 (1%);
- de-a lungul timpului pacienții au fost pierduți din evidență și nu au existat mijloacele tehnice și mai ales financiare care să permită efectuarea analizelor necesare investigării mai amănunțite a infecțiilor virale: AgHBc și HBe pentru HVB, ARN pentru HVC. În plus, nu au fost disponibile nici rezultatele testelor de confirmare, adesea acestea nefiind efectuate.

6.2 ALTE CORELAȚII ȘI CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ASUPRA SĂNĂTĂȚII

6.2.1 Urgențe non-fatale ca urmare a consumului de droguri

Urgențele cauzate de consumul de droguri au fost tratate la Secția de Toxicologie a Spitalului de Urgență Floreasca din București. În cursul anului 2008, la secția de toxicologie a acestui spital au fost aduse 98 persoane.

Tabel nr. 6-1: Distribuția pacienților în funcție de sex și grupa de vârstă, date comparative 2005-2008

Grupa de vârstă (ani)	2005		2006		2007		2008	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<15	0	0	0	2	0	0	0	0
15-19	6	2	3	5	5	7	7	3
20-24	17	9	27	6	27	10	24	4
25-29	24	1	33	4	36	14	33	4
30-34	9	1	11	0	11	3	12	4
35-39	6	1	7	0	4	1	1	0
40-44	0	0	1	0	1	0	1	0
45-49	1	0	2	1	2	0	1	0
Total	64	14	85	20	89	37	79	15

Sursa: Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, București

Dintre cei 98 de pacienți, pentru 75 s-a putut stabili o legătură directă între cauza urgenței și consumul de droguri. Distribuția diagnosticilor principale ale pacienților după 72 de ore se regăsește în tabelul de mai jos:

Tabel nr. 6-2: Distribuția pacienților în funcție de diagnosticul la 72 de ore (nr. persoane)

Diagnostic la 72 de ore	Diagnostic (nr.)	Diagnostic la 72 de ore	Diagnostic (nr.)
Coma Reed (I-IV)	15	Intoxicație acută medicamentoasă	7
Intoxicație acută cu heroină/opiacee	30	Supradoza opiacee	8
Agitație psihomotorie	1	Sindrom confuzional	1
Insuficiență respiratorie acută	8	Sindrom întrerupere la opiacee	9
Etilism acut	3	Altele	8
Intoxicație acută polimedicamentoasă	8	Total	98

Sursa: Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, București

În vederea determinării prezenței în organism a substanțelor licite sau ilicite consumate au fost realizate analize toxicologice pentru cei 75 de pacienți în cazul cărora s-a putut stabili o legătură directă între cauza urgenței și consumul de droguri. Tabelul următor prezintă determinările de substanță, având în vedere că pentru majoritatea pacienților a fost determinată cel puțin o substanță în organism din cele menționate mai jos:

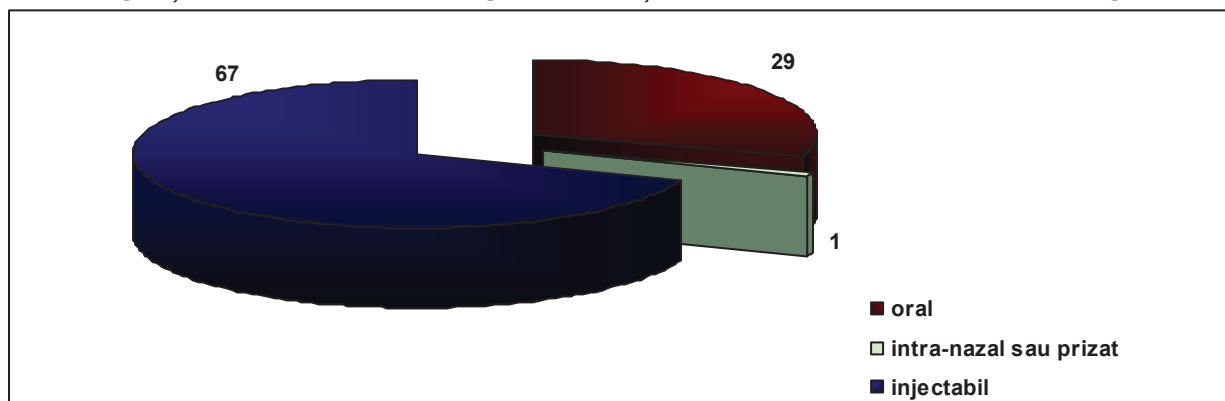
Tabel nr. 6- 3: Distribuția determinărilor toxicologice în funcție de rezultatul analizelor

Substanța	Număr analize pozitive	Substanța	Număr analize pozitive
amfetamine	1	lexotanil	1
amobarbital	1	metadona	8
calmaforte	1	metorfan	1
carbamazepina	4	mianserin	1
cocaina	1	paracetamol	1
codeina	1	rivotril	1
diazepam	3	tramadol	2
fasconal	1	tusin	1
heroina	66	venlafaxin	1
ketamina	2	Total	98

Sursa: Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, București

În funcție de calea de administrare, cea injectabilă domină spectrul urgențelor nonfatale raportate.

Grafic nr. 6-14: Distribuția pacienților în cazul cărora s-a putut stabili o legătură directă între cauza urgenței și consumul de droguri în funcție de calea de administrare a drogului



Sursa: Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, București

Spitalul pentru minori Grigore Alexandrescu reprezintă o sursă ce oferă o evidență a urgențelor nonfatale asociate ingestiei de substanțe psihoactive, înregistrate în rândul minorilor. Astfel, în cursul anului 2008 au fost înregistrate 16 urgențe de acest tip pentru pacienți cu vârste cuprinse între 12 și 17 ani, dintre care 8 cazuri aveau vârsta mai mică de 15 ani. Substanțele folosite au fost Dextrometorfan 6 cazuri, Fenobarbital 2 cazuri, diazepam 2 cazuri, codeina, carbamazepina, haloperidol și heroină, câte un caz.

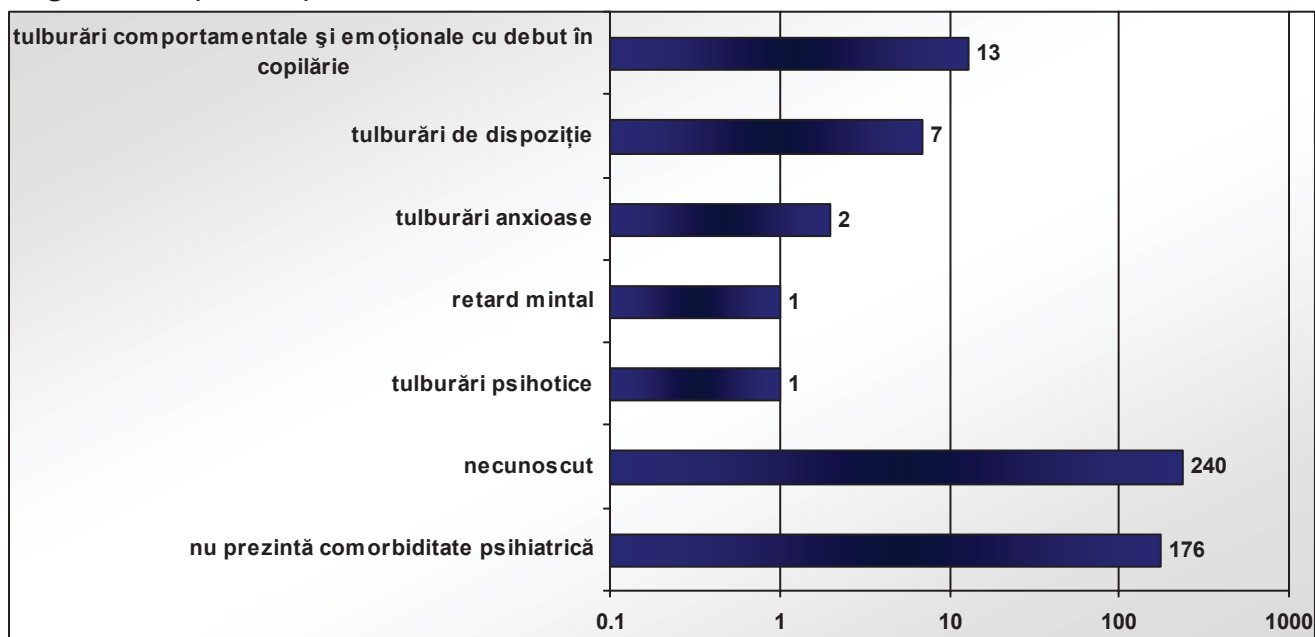
Concluzii: Heroina și opiaceele, în general, reprezintă cea mai întâlnită cauză în urgențele nonfatale raportate în anul 2008. Se observă un număr mare de cazuri de minori diagnosticați în urgență cu intoxicație acută cu substanțe psihoactive.

6.2.2 Tulburări de personalitate, depresie, anxietate, tulburări de afect etc

Pentru acest capitol au fost analizate 440 de cazuri unice provenite de la cele 47 de CPECA la nivel național, respectiv 5 CAIA.

Din analiză a reieșit faptul că au fost diagnosticate cu diverse afecțiuni psihice 19 persoane. Dintre afecțiunile psihice, cele mai frecvente au fost *tulburările comportamentale și emoționale cu debut în copilărie*, respectiv 13 de cazuri (2,9%), urmate de *tulburări de dispoziție*, 7 cazuri (1,57%).

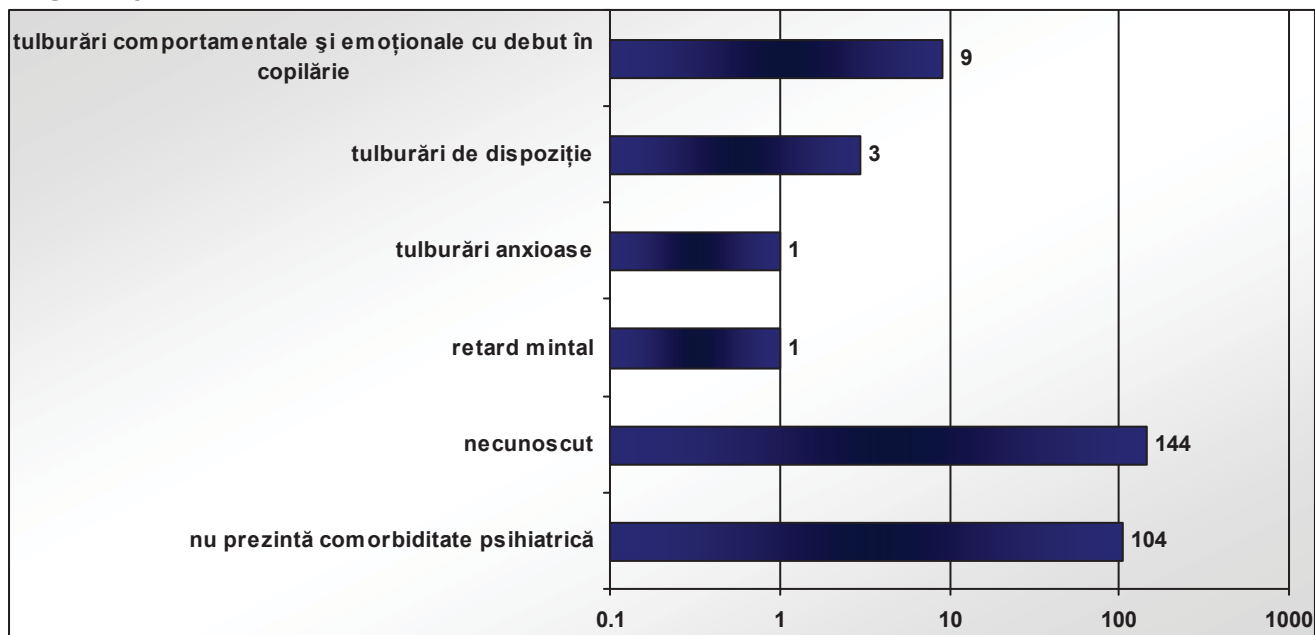
Grafic nr. 6-15: Distribuția cazurilor, în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri, 2008 (CPECA)



Sursa: ANA/IGPR

Dintre cele 440 de cazuri, 262 au reprezentat consumatori de droguri injectabile, în special de heroină. Dintre aceștia, 14 au fost diagnosticați cu patologie psihiatrică asociată consumului de droguri (5,34%). Cele mai numeroase tulburări au fost *tulburările comportamentale și emoționale cu debut în copilărie* – 9 cazuri (3,43%).

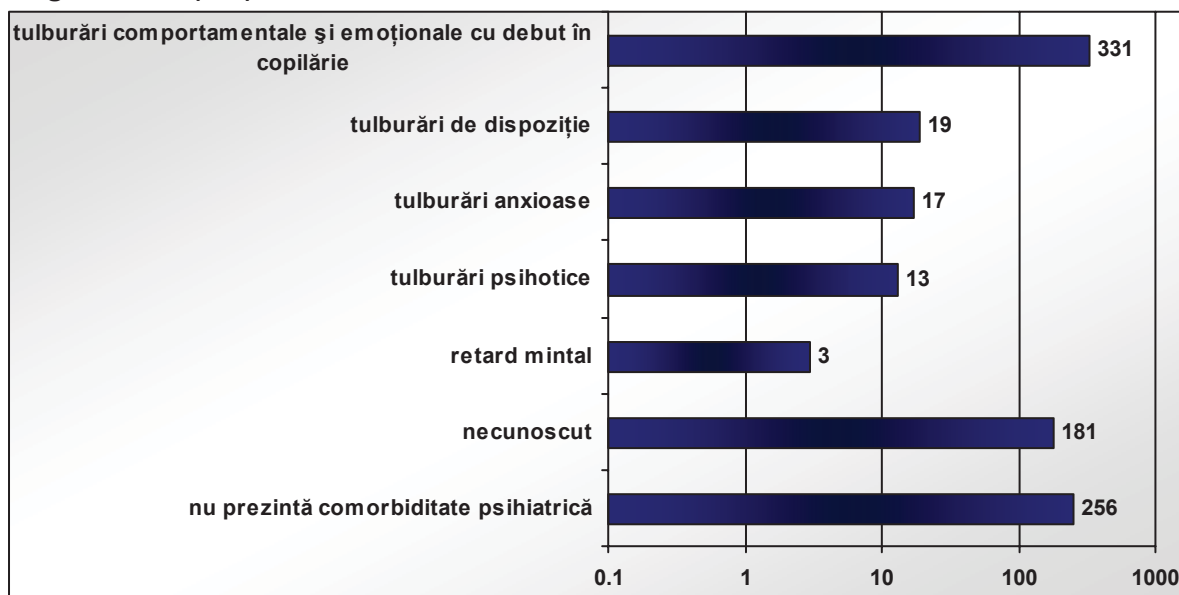
Grafic nr. 6-16: Distribuția cazurilor în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri injectabile, 2008 (CPECA)



Sursa: ANA/IGPR

În unitățile din rețeaua Ministerului Sănătății, care au raportat cazurile la ORDT, s-a obținut următoarea clasificare pentru N=820 de clienți ai serviciilor: 40,4% tulburările comportamentale și emoționale cu debut în copilărie, 2,3% tulburări de dispoziție, 2,1% tulburări anxioase, 1,6% tulburări psihotice și 0,4% retard mintal.

Grafic nr. 6-17: Distribuția cazurilor în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri, 2008 (MS)



Sursa: ANA/IGPR

6.3 DECESE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI ȘI MORTALITATE ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI

6.3.1. Decese directe prin supradoză și (diferențiat) decese indirecte ca urmare a consumului de droguri

În ceea ce privește implementarea indicatorului „Decese ca urmare a consumului de droguri” datorită unei colaborări eficiente între ANA, Ministerul Sănătății, Ministerul Finanțelor Publice, Delegația CE la București și instituțiile beneficiare (INML *Mina Minovici* București, IML Timișoara, IML Iași) s-a reușit implementarea programului Phare RO 2004/016-772.03.01 B1 *Strengthening the institutional capacity of the Romanian agencies in the field of drug demand reduction*, componenta B, program care a cuprins derularea a două alte subprograme, fiecare de o deosebită importanță pentru România:

- *Twining Light* RO2004/IB/JH-11 TL2 care s-a derulat cu Germania, țara noastră beneficiind de suportul unui grup de specialiști și experți germani sub coordonarea a 5 profesori din tot atâtea centre universitare de renume din Germania și Europa, inclusiv a Președintelui Societății Germane de Toxicologie Medico-Legală, care au efectuat instruirii extensive în țară pentru specialiștii români, inclusiv în Germania;
- Componenta B a acestui proiect Phare care a fost implementată de către Ministerul Sănătății a beneficiat de aproximativ 1,2 milioane Euro din care circa 400.000 Euro din partea statului român drept cofinanțare. Astăzi, datorită acestui efort comun există 3 laboratoare ultraperformante în 3 institute din țară (INML București, IML Iași și IML Timișoara) în care se pot depista și drogurile stupefiante, singurele la un astfel de nivel de performanță din țară.

În anul 2008, un nou proiect PHARE, *Supporting the national legal medicine network of drug of abuse and metabolites analyze laboratories* - RO06-IB-OT-04 – cu un buget european de 250.000 Euro (și o cofinanțare a părții române în valoare de 40.000 Euro) a fost accesat ca o continuare logică a proiectelor anterioare, ca răspuns la necesitatea valorificării la întreg potențial a aparaturii achiziționate și, pentru prima oară în România, de implementare a unor metode de detecție de mare finețe. Continuitatea a fost asigurată de participarea aceleiași echipe de experți germani, în cadrul unui proiect al cărui obiectiv se referă la îmbunătățirea și perfecționarea activității laboratoarelor de toxicologie în vederea identificării substanțelor psihoactive.

Progresele majore s-au realizat în ce privește aspectele teoretice privind abordarea analizelor cantitative prin GC-MS precum și identificarea și determinarea cantitativă a toxicelor prin HPLC. În prezent, toxicologia medico-legală deține baza materială și personalul calificat pentru a putea face determinări toxicologice de cel mai înalt nivel, inclusiv cantitative, la un nivel comparabil cu orice laborator european, cu validarea și certificarea autorizată a rezultatelor, pentru practic toate substanțele ce fac obiectul controlului internațional și național, a metabolizilor și precursorilor acestora

(întreg spectrul stupefiantelor și al medicamentelor folosite în mod curent în traficul și consumul de produși psihoactivi), în diferite probe biologice sau corpuri delictive.

În perioada 9-13 noiembrie 2008, un grup de medici legiști – câte unul din fiecare institut - au participat la un schimb de experiență cu colegi din Cehia, în cadrul Proiectului de Înfrățire Instituțională *Creșterea eficienței cooperării între instituțiile implicate în lupta împotriva drogurilor* RO/06/IB-JH-04, Activitatea nr. 3.14, desfășurat sub egida ANA, activitate ce a avut ca obiectiv principal schimbul de informații și de experiență în câmpul managementului de caz și al raportării consumatorilor de droguri injectabile în vederea armonizării metodologiei și procedurilor cu cele agreeate de EMCDDA. Având în vedere crearea posibilității de detecție a noi substanțe, inaccesibile vechilor metode, precum și prin raportarea constantă în ultimii doi ani a unor cazuri de mortalitate generată de substanțe ce nu se află pe lista medicamentelor sub control, s-a propus actualizarea acesteia – de ex. Tramadol (proiect în dezbatere în acest moment). Comparativ cu anii anteriori calitatea datelor raportate de principalele instituții sursă pentru indicatorul *decese ca urmare a consumului de droguri* a fost mult îmbunătățită, fapt ce a condus la creșterea numărului de decese raportate, asociată mai degrabă cu creșterea „vizibilității” acestor decese. Aplicarea algoritmului unitar de definire și recunoaștere a cazurilor consumatorilor de droguri injectabile, managementul medico-legal algoritmat, colectarea și raportarea de date conform protocolului inițiat în parteneriat cu ANA, precum și îmbunătățirea semnificativă a capacității de detecție toxicologică de către INML *Mina Minovici* constituie principalele motive ce au condus la îmbunătățirea evaluării mortalității consumatorilor de droguri injectabile.

Datele următoare provin din cazuistica INML *Mina Minovici* București; iar celelalte institute de Medicină Legală au furnizat date pentru anul 2008, dar nu au fost raportate cazuri de decese ca urmare a consumului de droguri în aria de lucru acoperită de IML Iași, Timișoara, Cluj, Mureș, respectiv Craiova.

Din rapoartele de gardă au rezultat 30 de suspiciuni de intoxicație cu produși psihoactivi - suspiciuni ce reieșeau din procesele verbale de cercetare la fața locului ale DGPMB - Serviciul Omoruri - Morți Suspecte sau din Foile de observație clinică ale celor decedați în spitale (acestora însă li se mai pot adăuga și alte cazuri după efectuarea necropsiei și a examenelor de laborator, deoarece în acest an, a avut loc o creștere a detecțiilor la cazuri fără date de anchetă care să fi sugerat consumul de droguri – reflecție a capacităților de screening crescute ale laboratorului).

33 cazuri au fost declarate ca fiind decese corelate consumului de droguri conform definiției indicatorului *decese ca urmare a consumului de droguri* – 31 dintre ele au confirmarea examenului toxicologic a prezenței de produși psihoactivi, examene făcute la Laboratorul de Toxicologie al INML București. Practic, în acest moment, declararea deceselor ca urmare a consumului de droguri se bazează pe examene toxicologice viabile, ca element obiectiv probator, limitând importanța factorilor circumstanțiali de triaj subiectiv). Într-un caz cu examen toxicologic negativ gradul avansat de putrefacție a limitat posibilitățile examenului toxicologic de detecție – caz în care era expectat rezultatul negativ al examenelor toxicologice, în condițiile în care nu s-au făcut, din rațiuni tehnice, determinări din firul de păr, singura probă biologică viabilă pentru examen toxicologic în aceste cazuri. Celălalt caz cu examen toxicologic negativ din probele biologice (dar cu pozitivare paraphernalia) aparține intoxicației cu produși volatili ce necesită tehnica GC head-space, a cărei metodă de lucru nu a fost încă implementată în laboratorul *INML Mina Minovici*.

Unul din cazurile înregistrate retroactiv ca și deces ca urmare a consumului de droguri aparține unui criteriu de includere în clasa respectivă. În schimb, se vor înregistra cazurile de suicid în care moartea se datorează în mod direct reacției acute de substanță psihoactivă fiind vorba de un caz de precipitare de la înălțime la o persoană cu valori toxice-letale ale cocainei în organism.

A mai fost înregistrat un caz de deces la un toxicoman cunoscut, cu indicii ale injectării recente, dar a cărei cauză de deces a fost relaționată cu boala SIDA, nu cu intoxicația (caz cu așa zisa *cauzalitate indirectă* vis a vis de definiția indicatorului decese ca urmare a consumului de droguri).

În concluzie, în 2008 s-au înregistrat :

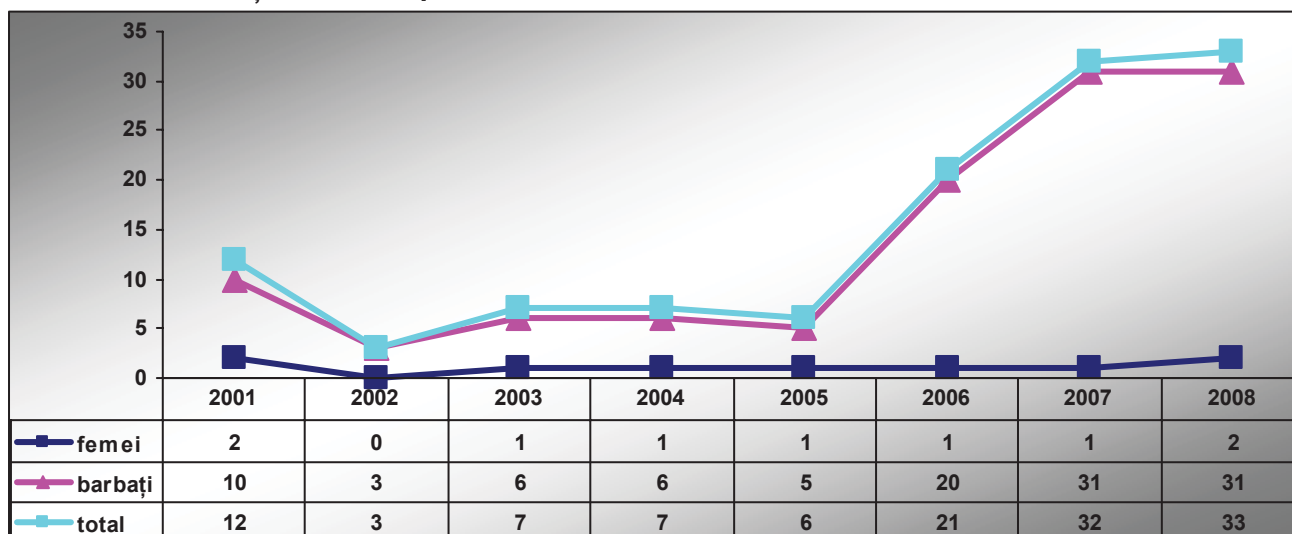
- 30 cazuri abordate inițial ca suspiciuni de deces ca urmare a consumului de droguri;
- 33 cazuri declarate ca decese ca urmare a consumului de droguri – 31 cu examen toxicologic pozitiv, 1 negativ (putrefacție), 1 caz negativ (limite tehnice detecție – substanța volatilă ce necesită analiza GC – head space – metodă de lucru aflată încă în implementare), dar ambele cu criteriiologice a indicatorului și concluzionate medico-legal.

Astfel, numărul mai mare de cazuri real depistate mai mare decât cel inițial suspicinate relevă capacitățile de identificare – management de caz în absența unor indicii inițiale sau a unor date de anchetă sugestive.

Cazurile incluse ca decese ca urmare a consumului de droguri au prezentat următoarele caracteristici:

- 31 bărbați, și 2 femei;

Grafic nr. 6-18: Distribuția cazurilor de deces ca urmare a consumului de droguri în perioada 2001-2008, în funcție de sexul persoanei decedate



Sursa: INML

Se remarcă o tendință ușor ascendentă în ultimii ani (22 cazuri în anul 2006, 32 în anul 2007, 33 în anul 2008) cu cifre incomparabil mai mari față de 2001-2005 ca expresie a posibilităților în creștere continuă de identificare - triaj - management medico-legal - detecție toxicologică.

- Vârsta cuprinsă între 16 și 40 de ani : 15- 19 ani – 7, 20-24 ani - 8, 25- 29 ani – 13, 30-34 ani – 2, 35-39 ani - 1, 40-44 ani – 2 (vârsta medie 25, 26 ani – mai crescută față de 2007 când a fost 21,2 ani);

Tabel nr. 6-4: Distribuția cazurilor de decese ca urmare a consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, comparație 2007-2008

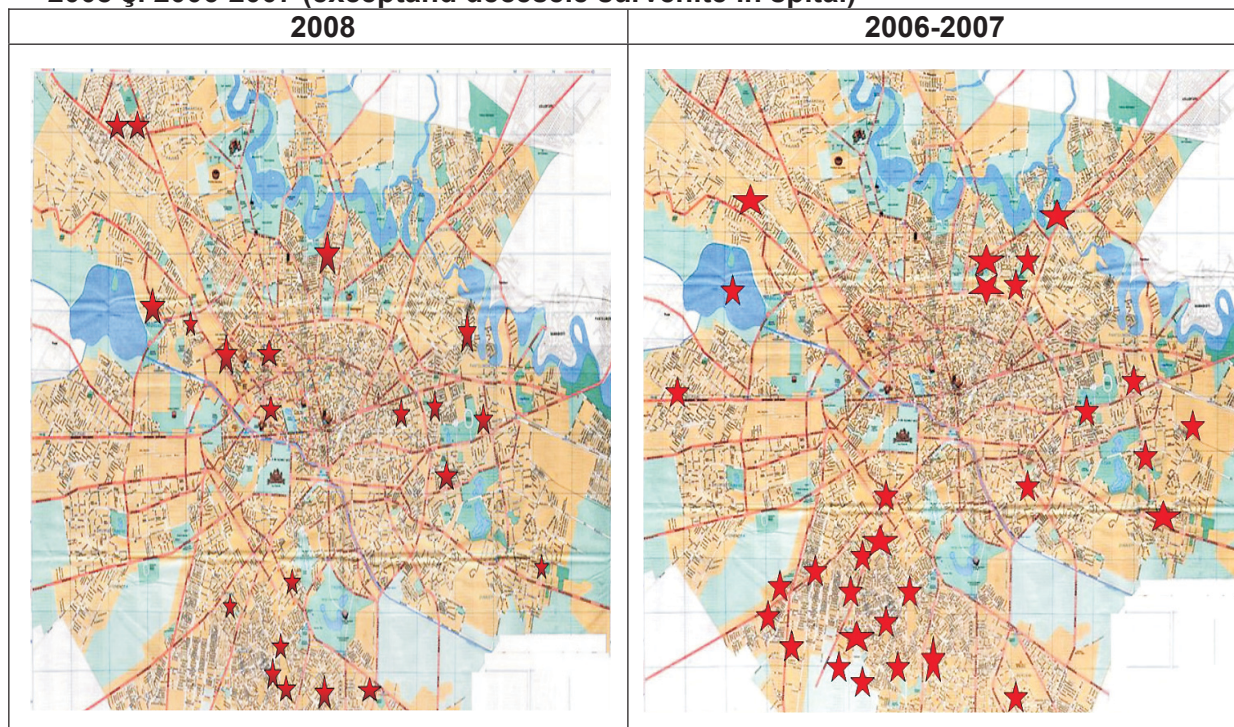
Grupa de vârstă	Anul	2007			2008		
		masculin	feminin	total	masculin	feminin	total
15-19 ani		0	1	1	6	1	7
20-24 ani		11	0	11	7	1	8
25-29 ani		13	0	13	13	0	13
30-34 ani		7	0	7	2	0	2
35-39 ani		0	0	0	1	0	1
40-44 ani		0	0	0	2	0	2
Total		31	1	32	31	2	33

Sursa: INML

Se remarcă creșterea numărului de decese ca urmare a consumului de droguri a celor sub 19 ani față de anul trecut – nou val de consumatori, dar și creșterea mediei ce arată "îmbătrânirea" consumatorilor, în sensul că au un istoric de lungă durată de consum.

- 15 decedați la domiciliu, 4 în locuri publice (stradă, lift, pasarelă), 5 decedați în alte locuințe, 1 decedat la locul de muncă, 8 decedați la spitale - similar cu datele anilor trecuți ; nu s-au schimbat obiceiurile de consum – toxicomanul preferă intimitatea locuinței sau a unor spații retrase;

Harta nr. 6-1. Distribuția geografică a locului de deces pentru cazurile înregistrate în București – 2008 și 2006-2007 (exceptând decesele survenite în spital)



Sursa: INML

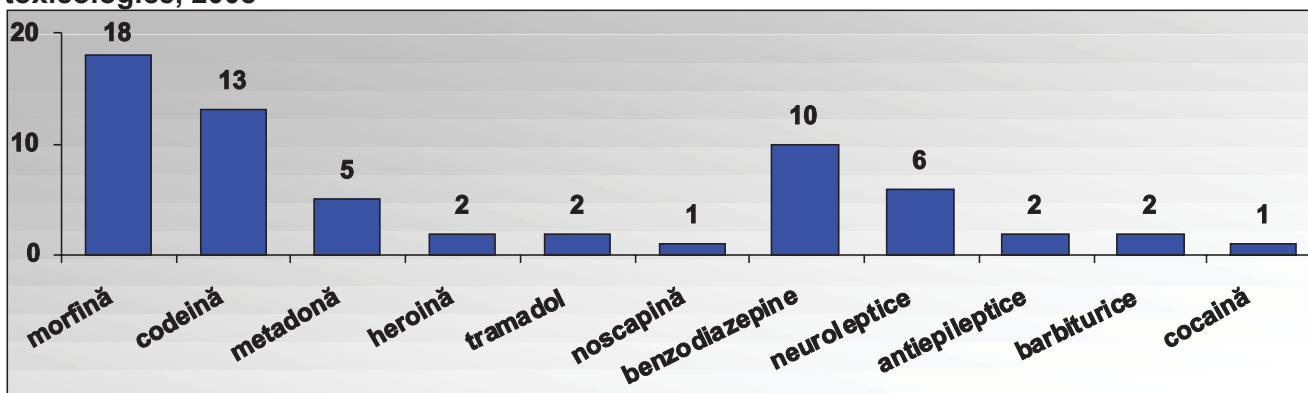
Se remarcă o răspândire mult mai uniformă comparativ cu anii trecuți când zona Rahova-Ferentari concentra mai mult de jumătate din cazuri.

- în 22 cazuri a existat un istoric de consum de droguri, antecedente cunoscute anterior obținute în cadrul datelor de anchetă, 4 cazuri de pacienți cunoscuți cu tratament de substituție. Cazurile de deces ce au implicat medicație de substituție – metadonă – arată necesitatea controlului mai ferm al administrării acestui tratament – sub control direct sau sub formă lichidă (greu de vândut pe piața neagră);
- în 26 de cazuri au fost decelate la examenul necropsic elemente susceptibile de a sugera consumul de droguri, unele cu valoare de marker-stigmat : 12 cazuri s-a relevat prezența de tatuaje, 12 - scleroza vasculară, 12 - cicatrici corelabile stilului de consum al drogului, 4 - mioza (în combinații variabile). Acest lucru confirmă că decesul apare mai puțin la primele doze (posibil și datorită concentrației scăzute a dozelor de stradă – 7-9% în România pentru heroină), ci mai ales la consumatorii cronici, cu istoric îndelungat;
- calea de administrare a fost injectabilă cert în 24 de cazuri, în unul prizare, în celelalte per os și/sau dubitativă (posibil prizare). Se întăresc datele altor studii ce arată că în România calea de consum a drogurilor este preponderent injectabilă;
- în 10 cazuri, la fața locului, s-au identificat elemente ale paraphernalia - 7 seringi, 2 plicuri cu sare de lămâie, 3 folii, 3 doze, lingura 2, capac sticlă 1, alte medicamente 3, 1 pungă pentru *gluare*. Nu întotdeauna aceste corpuri delictive au fost puse la dispoziția medicilor legiști. Examenul toxicologic al acestora a fost pozitiv în toate cazurile. În toate cazurile la care medicii legiști au avut la dispoziție și paraphernalia, rezultatele toxicologice din probele biologice recoltate de la cadavru au fost concordante cu cele de pe instrumentar. Acest lucru întărește necesitatea ca medicul legist să beneficieze de datele oferite de cercetarea criminalistică și toxicologică a elementelor paraphernaliei;
- cauza decesului a fost atribuită în 10 cazuri intoxicației doar cu opiacee, 6 cazuri opiacee combinate alcool (altfel, cineva neavizat ar putea intelege ca a consumat ala 6 tipuri de opiacee), 4 cazuri opiacee cu benzodiazepine, 1 caz opiacee cu benzodiazepine și alcool, 1 caz opiacee cu barbituric, 1 caz opiacee cu barbituric și alcool, 3 cazuri opiacee cu multiple alte medicamente, 4 cazuri benzodiazepine în combinație cu alte medicamente (cu antidepressive triciclice, antipsihotice, antiepileptice), 1 caz intoxicație cu carbamazepină, 1 caz inebriante (cloroform), 1 caz intoxicație cu cocaină. Domină categoric intoxicațiile cu opiacee (79%), în creștere comparativ cu anii trecuți, când procentul era în jurul valorii de 73% în

2007, respectiv 53% în 2006. Scade în paralel proporția medicamentelor deturnate de la uzul farmaceutic și folosite în scop de drogare;

- examenele toxicologice efectuate la INML București au relevat prezența de opiacee – 41 detecții (la 26 cazuri) (5 metadonă, 18 morfină, 2 heroină, 13 codeină, 2 tramadol, 1 noscapină), benzodiazepine – 10 detecții, antiepileptice – 2 detecții, barbiturice – 2 detecții, neuroleptice – 6 detecții, cocaină - 1 detecție. Aceste substanțe au apărut în combinații variabile, în 3 cazuri fiind relevată doar o singură substanță (unul metadonă, unul carbamazepină, unul cocaină); de asemenea frecvent apar asociați produși antiinflamatori nesteroidieni;

Grafic nr. 6-19: Distribuția cazurilor, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, 2008



Sursa: INML

- alcoolul a fost prezent în 8 cazuri, cu valori cuprinse între 0,15 și 1,6 g ‰;
- au fost pozitive 25 din probele de sânge, 18 din cele de urină, 5 conținuturi gastrice, 1 viscere, 1 lichid pericardic, 1 umoare vitroasă, 1 secreție nazală (în diverse asocieri la fiecare caz) (spre comparație în 2007: 8 din probele de sânge au fost pozitive, 15 din cele de urină, 8 conținuturi gastrice, 2 viscerele, 1 bilă). Detecțiile din sânge făcute în mod constant relevă îmbunătățirea marcată a posibilităților de extracție din probe biologice cu matrice complexă, ceea ce asigură acuratețea examenului toxicologic în analizele realizate la puțin timp de la deces;
- în 22 cazuri nu s-au făcut testări virusologice; în cazurile la care s-au făcut determinări virusologice: un caz a fost negativ, 10 cazuri pozitive pentru HVC, unul pentru HVB și 2 pentru HIV –în combinații variabile (determinările s-au făcut ținând în calcul istoricul medical sau examenul anatomo-patologic erau sugestive). Se confirmă incidența marcată a infecției cu HCV la consumatorii de droguri din România, concordant cu datele oferite de screening-ul realizat de unele ONG-uri sau ANA în cadrul altor proiecte.

Concluzii:

- numărul cazurilor de decese ca urmare a consumului de droguri este în ușoară creștere – posibil mai degrabă îmbunătățirii capacităților de detecție de laborator și implementării algoritmilor de identificare-triaj-management medico-legal a acestor cazuri și nu neapărat datorită creșterii reale a numărului de consumatori sau schimbărilor în consum, corelat cu posibila creștere a concentrației dozelor de stradă mai ales că s-a observat scăderea aportului combinațiilor medicamentoase față de anii trecuți. Comparativ cu anii anteriori, calitatea datelor raportate de principalele instituții sursă pentru indicatorul decese ca urmare a consumului de droguri a fost mult îmbunătățită. Aplicarea algoritmului unitar de definire și recunoaștere a cazurilor de decese ca urmare a consumului de droguri, managementul medico-legal algoritmat, colectarea și raportarea de date conform protocolului inițiat în parteneriat cu ANA, precum și îmbunătățirea semnificativă a capacităților de detecție toxicologică de către INML *Mina Minovici*, constituie principalele motive ce au condus la îmbunătățirea evaluării mortalității prin indicatorul *decese ca urmare a consumului de droguri*;
- sesiunile de instruire, prezentările științifice repetate, schimburile de experiență, încep să se dovedească utile prin identificarea unui număr crescut de cazuri, chiar în absența unor date de anchetă sugestive;

- raportarea continuă să se limiteze doar la București, deși în acest moment și laboratoarele din Timișoara și Iași au capacități de detecție similare, coroborat cu studiile de prevalență a consumului de droguri ce arată că și în aceste regiuni se consumă droguri (posibil, cazuri nerecunoscute în sistemul de medicină legală).

6.3.2. MORTALITATEA ȘI CAUZELE DE DECES ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI (STUDII DE COHORTĂ)

Nu sunt disponibile date noi.

6.3.3. CAUZE SPECIFICE DE MORTALITATE INDIRECTĂ CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

Nu sunt disponibile date noi.

Capitolul 7 - Răspunsuri privind consecințe asupra sănătății

7.1 PREVENIREA CAZURILOR DE URGENȚĂ ȘI REDUCEREA CAZURILOR DE DECES CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

Nu sunt disponibile date noi.

7.2 PREVENIREA ȘI TRATAMENTUL BOLILOR INFECȚIOASE CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

În HG nr. 1101/2008⁶⁶ este prevăzut:

Subprogramul *Dezvoltarea serviciilor tip reducerea riscurilor asociate consumului de droguri*
Scopul: asigurarea accesului consumatorilor de droguri la serviciile de reducere a riscurilor prin dezvoltarea de intervenții adecvate.

Obiectiv general: dezvoltarea acțiunilor comunitare care să permită reducerea riscurilor asociate consumului de droguri prin dezvoltarea unor servicii de profil.

Obiective specifice:

- a) dezvoltarea unui centru de tip *drop in* (centru fix), care să ofere servicii pentru reducerea riscurilor asociate consumului de droguri pe cale injectabilă pentru un număr de 400 de beneficiari, timp de un an, prin facilitarea accesului la echipament steril de injectare, vaccinare antihepatită, testarea pentru hepatita și HIV, vaccinarea antitetanos, testare pentru sarcină, consiliere pre și posttestare etc.;
- b) dezvoltarea unui serviciu de *outreach* (de teren) tip *metabus* (autobuz pentru distribuție medicație de substituție pentru opiacee), care să desfășoare acțiuni de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri pe cale injectabilă pentru un număr de 800 de beneficiari, timp de un an;
- c) dezvoltarea unui serviciu de tip *drop in* (centru fix), care să ofere servicii pentru reducerea riscurilor asociate consumului de alcool pentru un număr de 100 de beneficiari, timp de un an, prin asigurarea intervențiilor (individuale și de grup) de creștere a motivației pentru tratament și de prevenire a recăderilor.

Bugetul aferent acestui subprogram este de 429 mii lei.

Începând din a doua jumătate a anului 2007 a fost inițiat Programul *Către Accesul Universal la Prevenirea, Tratamentul HIV /SIDA și la Îngrijirea și Asistența socială pentru Persoanele Vulnerabile și Populațiile Defavorizate* finanțat în cadrul celei de-a 6-a runde de finanțare acordată de Fondul Global de Luptă HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei.

Unul dintre cele trei obiective ale Programului îl reprezintă extinderea intervențiilor de prevenire în rândul grupurilor vulnerabile și asigurarea de servicii care pot reduce riscul infectării cu HIV. Conform Raportului Anual elaborat de *Fundația Romanian Angel Appeal* (în calitate de Primitor Principal al fondurilor), proiectele de prevenire adresate grupurilor vulnerabile (CDI, SWs, MSM, populația rromă, copii străzii), au ca scop îmbunătățirea stării de sănătate a acestora, în vederea adoptării unor comportamente sexuale sănătoase și creșterii accesului la serviciile medicale și sociale adecvate în vederea scăderii riscului de răspândire a HIV.

În cazul consumatorilor de droguri injectabile, beneficiarii sunt din patru județe ale României (București, Ilfov, Iași, Timiș), au vârsta cuprinsă între 16 și 28 ani, o stare de sănătate precară, au abandonat școala, motiv pentru care nivelul de educație este scăzut, sunt șomeri și au fost încarcerați frecvent.

Servicii și activități:

- schimb de seringi – prin intermediul activităților de teren (*outreach*), dar și în centre fixe (clinici de tip *low threshold*);
- consiliere psihosocială – disponibilă în cadrul centrelor fixe;
- instruire educatori selectați din rândul CDI (*peer*);
- referire către servicii medicale și psihosociale;
- distribuire de prezervative în timpul sesiunilor de teren, dar și în centrele fixe;
- distribuire de materiale informative în timpul sesiunilor de teren;

⁶⁶ Vezi capitolul 3

- consiliere și testare HIV în timpul sesiunilor de teren, dar și în centrele fixe; clienții cu rezultat pozitiv la test sunt referiți pentru confirmare în centre specializate;
- vaccinare HVB/HVC în timpul sesiunilor de teren, dar și în centrele fixe;
- *lobby* și *advocacy* (prin intermediul conferințelor, workshop-urilor, comunicatelor de presă) în vederea creșterii accesului CDI la serviciile de prevenire: prevenirea transmiterii HIV/HVB/HVC, acces la echipament de injectare steril.

Principalele rezultate:

- 3124 CDI incluși în programele de prevenire a HIV/SIDA
- 712631 seringi distribuite

Implementatori: ARAS, ALIAT, Integration.

7.3 INTERVENȚII ÎN CAZUL ALTOR CONSECINȚE ȘI CORELAȚII ASUPRA SĂNĂTĂȚII ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI

Nu sunt disponibile date noi.

Capitolul 8 - Corelații sociale ale consumului de droguri și măsuri de integrare socială

8.1 CONSUMUL DE DROGURI ȘI EXCLUDEREA SOCIALĂ

8.1.1 EXCLUDEREA SOCIALĂ ÎN RÂNDUL CONSUMATORILOR DE DROGURI

Agencia Națională pentru Sprijinirea Inițiativelor Tinerilor (ANSIT) a desfășurat în perioada septembrie - noiembrie 2007 un studiu intitulat *Fenomene de marginalizare și excludere socială în rândul tinerilor*. Obiectivele generale ale studiului au fost: analiza situației marginale în care se află în acest moment tinerii consumatori de droguri și identificarea unor direcții de intervenție adecvate pentru ameliorarea acestui fenomen.

Populația țintă: tinerii consumatori de droguri (18 - 35 ani) expuși fenomenului de marginalizare. Au fost investigate trei categorii de populație cu caracteristici relevante pentru specificul temei: 50 de tineri consumatori (deținuți în penitenciar pentru consum de droguri), 12 tineri neconsumatori, 15 specialiști din domeniu (cu experiență și competențe în domeniu). Pentru colectarea datelor s-au folosit interviuri, focus - grupuri și două chestionare structurate.

Conform concluziilor acestui studiu, consumul de droguri și modul de viață pe care-l presupune acesta conduc la limitarea accesului la poziții și roluri sociale normale în societate. Cercetările arată că o dată ce-și conștientizează vulnerabilitatea, acești tineri acționează de multe ori în sensul autoexcluderii și adoptării poziției marginale sugerate. Această tendință este întărită de pasivitatea și intoleranța comunității și uneori chiar de lipsa unui răspuns instituțional adecvat. Se constituie astfel o premisă pentru orientarea spre poziții marginale și cariere deviate (infraționalitate)

Cele mai vizibile influențe directe ale marginalizării asupra tinerilor dependenți de droguri se manifestă prin:

- existența *etichetării negative* a tinerilor care au consumat sau consumă în prezent droguri, aceștia fiind considerați *indivizi totalmente răi și ignoranți*. Ca reacție, ei etichetează comunitatea drept intolerantă și indiferentă. Etichetarea negativă se manifestă în primul rând prin folosirea în vocabularul curent a unor expresii cu sens jignitor, degradant ("Drogatule!", "Drogat nenorocit", "Ăștia ar trebui împușcați!", "Să fie luați și închiși undeva, duși undeva departe!", etc.), care au un impact negativ asupra lor. Receptarea unor astfel de apelative și atribuirii le confirmă faptul că cei din jur îi reduc automat la unul dintre aspectele existenței lor (consumul de droguri), ignorându-i pe ei ca indivizi. La aceasta se adaugă înrăutățirea relațiilor interpersonale pe care le au toate categoriile de persoane (membri ai familiei, prieteni neconsumatori, colegi, vecini, cunoștințe). Apare astfel *procesul de distanțare reciprocă între celelalte categorii sociale și tinerii consumatori*. El nu este direct proporțional cu impactul negativ al consumului, ci cu gradul de disponibilitate pe care-l au fiecare dintre categoriile de mai sus pentru a-i înțelege și a-i sprijini să renunțe la droguri și să-și schimbe modul de viață;
- limitarea accesului tinerilor consumatori sau a foștilor consumatori de droguri la resursele și oportunitățile firești pentru tinerii de vârsta lor, cum ar fi: educație și formare profesională adecvată, obținerea unui loc de muncă în conformitate cu capacitățile și pregătirea lor profesională, etc.

Consecința marginalizării și excluderii sociale este, conform studiului *Fenomene de marginalizare și excludere socială în rândul tinerilor*, vulnerabilitatea crescută a acestei categorii de tineri consumatori de droguri (vulnerabilitate mult accentuată în cazul celor care au fost în penitenciar). Vulnerabilitatea crescută accentuează handicapul social al tinerilor (foști sau actuali) dependenți de droguri.

8.2 REINTEGRAREA SOCIALĂ A CONSUMATORILOR DE DROGURI

În HG nr. 1101/2008⁶⁷ este prevăzut:

Subprogramul *Dezvoltarea serviciilor tip locuință protejată (nivelul 3 de asistență) pentru foști consumatori de droguri*.

Scopul: dezvoltarea serviciilor specifice și specializate la nivelul județelor în care au fost identificate, prin evaluările anuale, probleme de consum de droguri.

⁶⁷ Vezi capitolul 3

Obiectiv general: crearea și dezvoltarea de servicii integrative pentru foștii consumatori de droguri în vederea îmbunătățirii șanselor acestora de integrare socială și profesională, precum și prevenirea recăderilor în cazul foștilor consumatori de droguri prin dezvoltarea sistemului locuințelor protejate.

Obiective specifice:

- a) dezvoltarea a 6 servicii sociale tip locuință protejată, dotate conform standardelor minime obligatorii în domeniu, dezvoltate în zonele identificate ca zone de risc în consumul de droguri: București, Iași, Cluj-Napoca, Constanța;
- b) reintegrarea socioprofesională a 40 de foști consumatori de droguri, beneficiari ai serviciilor de asistență integrată;
- c) elaborarea unui set de proceduri specifice pentru asistența foștilor consumatori de droguri într-o locuință protejată.

Bugetul aferent acestui subprogram este de 700 mii lei.

Subprogramul *Dezvoltarea serviciilor tip adăpost pentru consumatorii de droguri*

Scopul: dezvoltarea unor servicii locale de criză care să acorde asistență medicală, psihologică și socială de bază consumatorului care nu accesează sistemul de asistență.

Obiectiv general: crearea și dezvoltarea de servicii integrative pentru creșterea accesibilității la serviciile direct orientate spre reintegrarea socială a persoanelor consumatoare de droguri aflate în stradă și prevenirea riscurilor asociate consumului și a excluziunii sociale și asigurarea protecției sociale a consumatorilor de droguri fără adăpost.

Obiective specifice:

- a) dezvoltarea a două servicii sociale tip adăpost, dotate conform standardelor minime obligatorii în domeniu, dezvoltate în zonele de risc pentru consumul de droguri, respectiv București și Constanța, ce vor asigura în principal servicii de găzduire, îngrijire și asistență medicală, psihologică și socială de bază;
- b) oferirea de servicii de găzduire, îngrijire și asistență medicală, psihologică și socială de bază pentru 40 de consumatori de droguri, beneficiari ai serviciilor de asistență integrată;
- c) elaborarea unui set de proceduri specifice pentru asistența consumatorilor de droguri aflați în adăposturi sociale.

Bugetul aferent acestui subprogram este de 1.000 mii lei.

EDUCAȚIE

Poziția marginală a tinerilor consumatori de droguri (fie ei foști sau actuali) este o preocupare pentru societatea civilă. Acesta este de altfel cadrul în care se implică de aproape un deceniu diferite categorii de persoane (de la simpli cetățeni la specialiști și chiar foști sau actuali consumatori de droguri) în diferite programe destinate prevenirii sau reducerii impactului consumului de droguri.

La nivel național au fost organizate campanii de prevenire a marginalizării și excluziunii sociale pentru categoriile de tineri considerate vulnerabile. Printre organizatori se pot menționa atât instituții guvernamentale, cum ar fi Agenția Națională Antidrog (ANA), împreună cu Ministerul Administrației și Internelor (MAI) și rețeaua de instituții din subordine, Ministerul Educației, Inovării și Cercetării (MECI), împreună cu rețeaua instituțiilor de învățământ, cât și reprezentanți ai organizațiilor nonguvernamentale (ONG-uri) precum: Fundația INTEGRATION, ARAS, Fundația Alături de Voi.

Un exemplu de bune practici în domeniul formării experților și al identificării nevoilor și resurselor necesare în scopul asigurării reintegrării sociale a consumatorilor este INTEGRATION SAFER - IDU's, programul de cooperare internațională între ONG-uri din România (ARAS), RHRN (Romanian Harm Reduction Network), Estonia (ADSi Tugikeskus), Franța (AIDES) și Finlanda (AIDS Finnish Council).

Obiectivul general: extinderea serviciilor medico - sociale pentru consumatorii de droguri injectabile și ameliorarea calității acestora, în scopul limitării consecințelor asociate cu injectarea drogurilor .

INTEGRATION SAFER-IDU's are în vedere schimbul de experiență între profesioniștii activi în domeniul harm reduction, între factorii de decizie și administratorii programelor sociale și de sănătate, la nivel central și local, din cele patru țări implicate, cercetarea și documentarea vulnerabilității consumatorilor de droguri injectabile față de infecția cu HIV, precum și a accesului acestora la servicii de harm reduction și la alte servicii medico - sociale, promovarea conceptului de harm reduction și stimularea dezvoltării de servicii la nivelul comunităților afectate de consumul de droguri.

O altă țintă a proiectului vizează provocarea și facilitarea dezbaterii publice în legătură cu consumul de droguri pe cale injectabilă și riscurile acestuia.

RHRN organizează întâlniri, reunind membrii rețelei și reprezentanți ai Ministerului Sănătății (MS), ai ANA, primăriilor de sector din București, Colegiului Farmaciștilor etc., cu scopul deblocării procesului de dezvoltare a serviciilor de tratament și asistență socio - medicală a consumatorilor de droguri de la bugetul local al Municipiului București și de la MS, și cu scopul ameliorării calității serviciilor existente.

Este important de amintit în acest context contribuția serviciilor oferite de către Asociația INTEGRATION, singura organizație nonguvernamentală din București formată din foști sau actuali consumatori de droguri. Scopul principal al asociației este *respectarea drepturilor omului în contextul creșterii numărului de consumatori de droguri în România, și a nevoii pentru servicii medico - sanitare (tratament și integrare) pentru aceștia*. În anul 2008, asociația a avut trei direcții de acțiune:

1. Activități de reducere a riscului asociat consumului de droguri.
2. Activități de advocacy.
3. Grupuri de suport oferite actualilor și foștilor consumatori de droguri printr-un grup de suport funcțional (întâlniri săptămânale), care să ofere, pe lângă un program de socializare, și consiliere psihologică. S-a pus accent în special pe oferirea unor alternative în socializare, conștientizarea problemei și căutarea unor soluții împreună cu consumatorul.

Capitolul 9 – Infraționalitatea la regimul drogurilor, prevenirea infraționalității la regimul drogurilor și sistemul penitenciar

În perioada 2007-2008, ANA a organizat o serie de întâlniri cu profesioniști ai agențiilor de aplicare a legii (ofițeri de poliție, procurori, judecători) având ca temă urmărirea penală a consumatorilor de droguri care aveau asupra lor cantități mici de droguri. Reprezentanții Curții Supreme de Justiție, Ministerului Public și Inspectoratului General al Poliției Române au elaborat un set de concluzii și recomandări în vederea punerii în practică a reglementărilor legislației în vigoare într-o manieră unitară, dar și de îmbunătățire a legislației în domeniul drogurilor în scopul promovării abordării europene.

Indicatorii prezentați în această secțiune sunt structurați pe număr de infracțiuni și persoane cercetate/condamnate, analizați pe cele trei faze ale procesului penal, și anume: faza de descoperire a infracțiunilor și identificare a autorilor realizată de către poliție, faza de urmărire penală realizată de către parchete și faza de judecată realizată de către instanțe.

9.1 INFRAȚIONALITATE LA REGIMUL DROGURILOR

9.1.1 INFRAȚIUNI LA REGIMUL DROGURILOR („ARESTĂRI”/PROCESE VERBALE DE CONSTATARE A TRAFICULUI /PRODUCȚIEI / CULTIVĂRII ETC.)

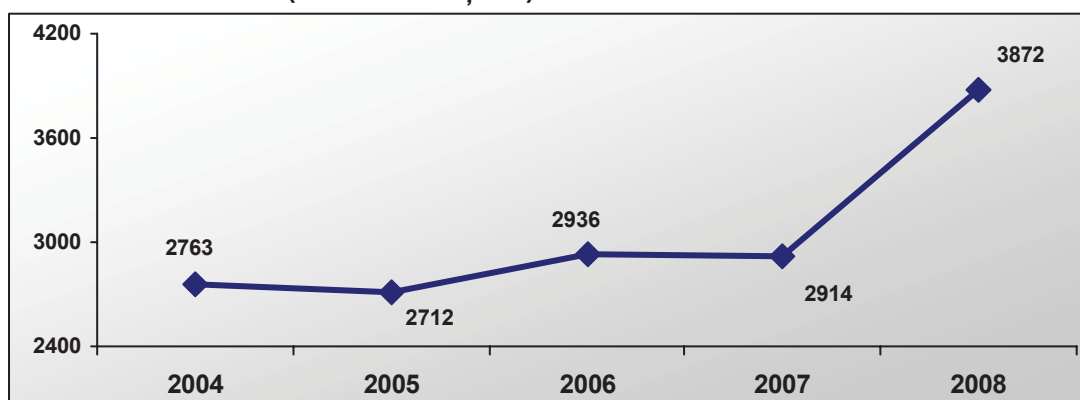
A. SITUAȚIA INFRAȚIUNILOR PRIVIND TRAFICUL ȘI CONSUMUL ILICIT DE DROGURI ȘI PRECURSORI

În decursul anului 2008, numărul total al infracțiunilor constatate de formațiunile specializate din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române și al Inspectoratului General al Poliției de Frontieră, a fost de 3.872, dintre care:

- 3.727 infracțiuni au fost incriminate de Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare;
- 12 de infracțiuni s-au datorat încălcării prevederilor OUG nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor folosiți la fabricarea ilicită a drogurilor aprobată prin Legea nr. 186/2007 (Legea nr. 300/2003);
- 100 de infracțiuni au fost în legătură cu Legea nr. 39/2003 privind prevenirea și combaterea criminalității organizate;
- 33 de infracțiuni au fost ca urmare a nerespectării dispozițiilor Codului penal (infracțiuni asociate traficului și consumului ilicit de droguri).

O analiză comparativă privind numărul total de infracțiuni constatate la regimul drogurilor și precursorilor a înregistrat o creștere cu 32,87% față de anul precedent, anul 2007, evidențindu-se, astfel, cea mai mare valoare din intervalul 2005 – 2008 și anume, de 3.872.

Grafic nr. 9-1: Dinamica infracțiunilor constatate la regimul drogurilor și precursorilor în intervalul 2004-2008 (nr. de infracțiuni)

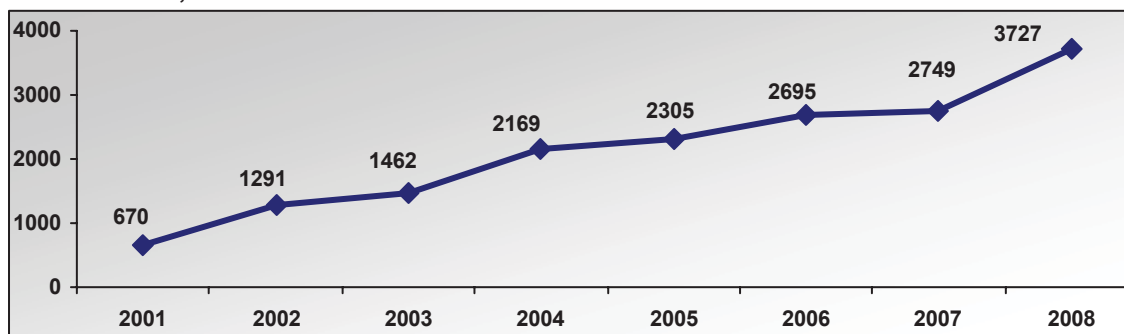


Sursa: Direcția Cazier Judiciar, Statistică și Evidențe Operative, I.G.P.R.

1 *Infrațiuni la Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare*

Similar anilor anteriori, preponderența infracțiunilor la Legea nr. 143/2000 se reflectă în procentul de 96,25 din totalul de 3.872 infracțiuni constatate la regimul drogurilor și precursorilor. Astfel, în cursul anului 2008 au fost constatate 3.727 infracțiuni prevăzute în Legea nr. 143/2000, cu 35,57% mai mult comparativ cu anul 2007, cu 38,29% mai mult decât în 2006 și cu 61,69% mai mult față de anul 2005. Se poate conchide că, pe parcursul ultimilor 8 ani, indicatorul a avut o tendință de creștere constantă astfel încât în 2008 se înregistrează o valoare de 5,6 ori mai mare față de 2001.

Grafic nr. 9-2: Dinamica infracțiunilor constatate la Legea nr. 143/2000, în perioada 2001-2008 (nr. de infracțiuni)



Sursa: *Direcția Cazier Judiciar, Statistică și Evidențe Operative, I.G.P.R.*

Faptele care au fost incriminate de Legea nr.143/2000 au reprezentat:

- în procent de 59,37% (2.213 infracțiuni) încălcări ale dispozițiilor privind operațiunile de cumpărare și deținere de droguri pentru consum propriu (art. 4);
- restul de 40,63%, incluzând, în mare parte, activitățile ce privesc cultivarea, producerea, vânzarea, distribuirea, cumpărarea și deținerea fără drept a drogurilor (art.2).

În ceea ce privește distribuția infracționalității în funcție de locul săvârșirii fetei, se observă că majoritatea au avut loc în mediul urban, o pondere de 94,69% (3.529 de infracțiuni) din totalul de infracțiuni înregistrat în cursul anului 2008, în mediul rural manifestându-se doar 182 de infracțiuni (4,88%)⁶⁸.

În cursul anului 2008, infracțiunile săvârșite la Legea nr. 143/2000 au fost constatate, într-o distribuție neuniformă, la nivelul tuturor județelor țării. Asemenea anului precedent, județul Ilfov se detașează de restul țării prin înregistrarea unui număr de 240 infracțiuni fiind urmat, însă, de județele Constanța (144 infracțiuni), Iași (125 infracțiuni), Timiș (122 infracțiuni), Prahova (113 infracțiuni), Arad (105 infracțiuni), Harghita (103 infracțiuni) și Alba (100 infracțiuni). La polul opus se situează județele Vâlcea (2 infracțiuni), Vaslui (3 infracțiuni), Buzău (5 infracțiuni), Botoșani (6 infracțiuni), Brăila (7 infracțiuni), Vrancea (9 infracțiuni) și Sibiu (10 infracțiuni).

O analiză comparativă cu anul 2007 evidențiază creșteri cu peste 50% în județe precum Arad, Bistrița-Năsăud, Caraș-Severin, Călărași, Constanța, Harghita, Hunedoara, Iași, Maramureș, Mehedinți, Mureș, Sălaj, Suceava, Teleorman, Tulcea. Județul Maramureș a înregistrat pe parcursul anului 2008 o creștere a fenomenului infracțional privind traficul și consumul ilicit de droguri, de la 3 infracțiuni (înregistrate în 2007) la 97 infracțiuni. Tendința inversă, de descreștere a criminalității la regimul drogurilor, se observă la nivelul județelor Argeș, Bacău, Bihor, Botoșani, Brașov, Buzău, Dâmbovița, Galați, Olt, Satu Mare, Sibiu și Vâlcea. În județe precum Botoșani, Sibiu și Vâlcea numărul de infracțiuni constatate s-a redus cu peste 50% față de anul precedent.

Municipiul București urmează o traiectorie ascendentă, înregistrându-se 1.679 de infracțiuni la Legea nr. 143/2000, cu 33,78% mai mult decât în anul 2007 când au fost constatate 1.255 de astfel de infracțiuni. Majoritatea acestor infracțiuni (76,17%) reprezintă o consecință a nerespectării dispozițiilor

⁶⁸ din totalul de 3.727 infracțiuni, comunicat de către *Direcția Cazier Judiciar, Statistică și Evidențe Operative din cadrul I.G.P.R.*, 16 infracțiuni (0,43%) au fost săvârșite în străinătate.

Art.4 al legii menționate anterior care interzice operațiunile de cumpărare și deținere de droguri pentru consum propriu.

Tabel nr. 9-1: Distribuția pe județe a infracțiunilor constatate la Legea nr. 143/2000, în intervalul 2005 – 2008 (nr. de infracțiuni)

Județ	2005	2006	2007	2008	Județ	2005	2006	2007	2008
Alba	48	63	98	100	Hunedoara	7	10	9	51
Arad	32	64	43	105	Ialomița	18	13	14	15
Argeș	23	38	68	58	Iași	111	122	83	125
Bacău	22	35	29	28	Ilfov	68	130	202	240
Bihor	141	37	43	42	Maramureș	77	25	3	97
Bistrița-Năsăud	49	20	7	14	Mehedinți	27	51	38	60
Botoșani	38	13	16	6	Mureș	35	15	16	59
Brașov	49	52	30	17	Neamț	25	75	18	22
Brăila	15	9	5	7	Olt	3	4	11	10
Buzău	11	12	6	5	Prahova	48	62	78	113
Caraș-Severin	21	2	5	18	Satu Mare	40	59	20	15
Călărași	3	4	11	19	Sălaj	12	4	3	14
Cluj	22	25	46	56	Sibiu	40	11	24	10
Constanța	48	59	81	144	Suceava	14	29	16	28
Covasna	22	28	12	22	Teleorman	9	22	3	17
Dâmbovița	29	31	30	22	Timiș	78	96	115	122
Dolj	42	25	42	49	Tulcea	6	10	12	32
Galați	84	34	66	64	Vaslui	3	16	2	3
Giurgiu	22	24	42	59	Vâlcea	5	2	13	2
Gorj	4	9	17	22	Vrancea	15	8	9	9
Harghita	12	46	59	103	București	927	1.301	1255	1679

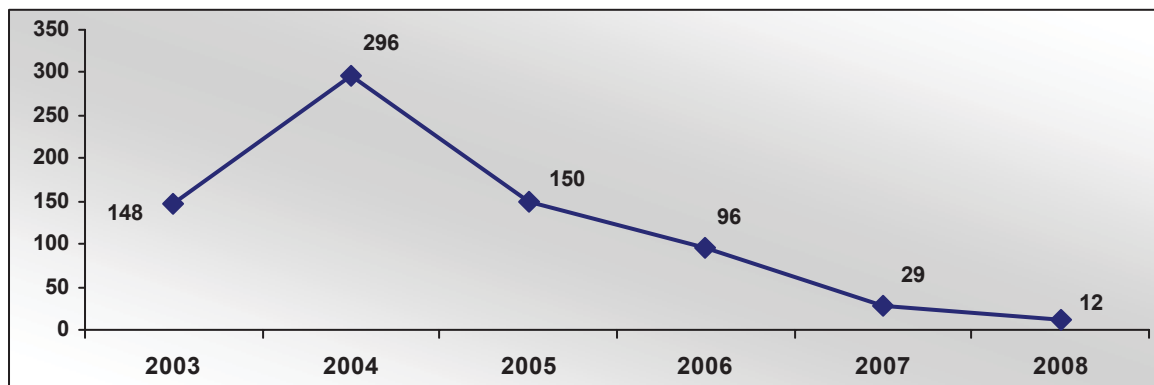
Sursa: Direcția Cazier Judiciar, Statistică și Evidențe Operative, I.G.P.R.

2 Infracțiuni la OUG nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor folosiți la fabricarea ilicită a drogurilor aprobată prin Legea nr. 186/2007

Pe parcursul anului 2008, din cele 3.872 de infracțiuni prevăzute de legile ce cuprind incriminări referitoare la droguri și precursori, 12 infracțiuni (0,31% din totalul infracțiunilor constatate la regimul drogurilor și precursorilor) au fost în legătură cu prevederile O.U.G. nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor folosiți la fabricarea ilicită a drogurilor aprobată prin Legea nr. 186/2007.

Aceste valori urmează tendința descrescătoare a ultimilor ani, ajungându-se, în prezent, la 12 infracțiuni constatate, cu 92% mai puțin comparativ cu anul 2005 și cu 58,62% mai puțin față de anul 2007 .

Grafic nr. 9-3: Dinamica infracțiunilor constatate la OUG nr. 121/2006, în perioada 2003-2008 (nr.)



Sursa: Direcția Cazier Judiciar, Statistică și Evidențe Operative, I.G.P.R

Jumătate dintre cele 12 infracțiuni la regimul juridic al precursorilor au avut loc în mediul urban, iar jumătate în mediul rural.

B. SITUAȚIA PERSOANELOR CERCETATE PENTRU COMITEREA INFRAȚIUNILOR DIN DOMENIUL DROGURILOR ȘI PRECURSORILOR

În anul de referință, pentru comiterea celor 3.872 de infracțiuni la legile privind drogurile și precursorii au fost cercetate 3.147 de persoane, dintre care:

- 2.936 de persoane pentru încălcarea prevederilor privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri⁶⁹;
- 3 persoane pentru săvârșirea infracțiunilor privind regimul juridic al precursorilor folosiți la fabricarea ilicită a drogurilor⁷⁰;
- 186 de persoane pentru nerespectarea dispozițiilor privind prevenirea și combaterea criminalității organizate⁷¹;
- iar 22 de persoane pentru infracțiuni asociate traficului și consumului ilicit de droguri⁷².

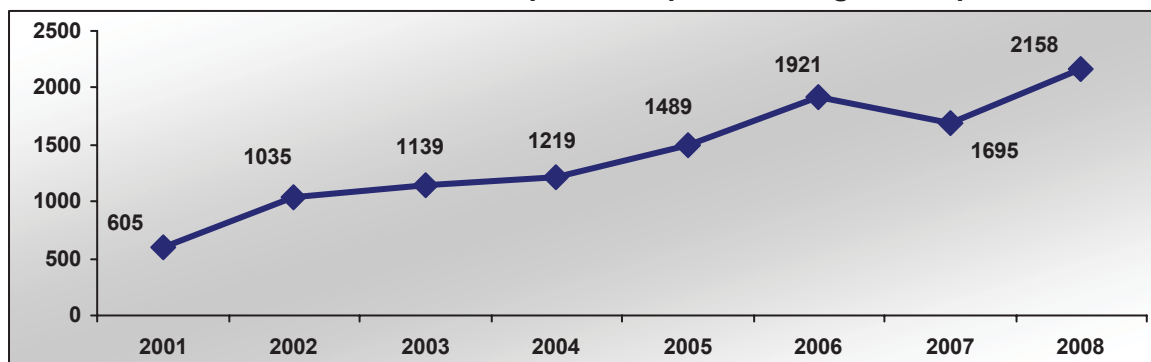
În anul de referință se evidențiază o creștere cu 21,97% a numărului de persoane cercetate față de anul 2007 (2.580 persoane).

Dintre persoanele cercetate, majoritatea au fost cetățeni români (98,31%), numărul cetățenilor străini situându-se în dreptul valorii de 53.

Totodată, potrivit evidențelor existente la nivelul formațiunilor de combatere a criminalității organizate, cele mai multe persoane (68,19%) angrenate în operațiuni ilegale de trafic și consum de droguri continuă să se situeze în intervalul de vârstă 18 – 30 ani numărul acestora ajungând la 2.146 persoane, cu 26,60% mai mult comparativ cu anul 2007. Numărul minorilor implicați a crescut cu 34,83% față de anul precedent, de la 89 la 120 minori.

Consecutiv operațiunilor de investigare și cercetare, au fost identificate de către formațiunile de combatere a criminalității organizate 103 de grupuri infracționale cu fapte pe linie de droguri și precursori, cu 10,75% mai multe decât în 2007, în care au fost implicate 614 persoane dintre care 5 străini. Totodată, în decursul anului 2008 au fost destrămate 72 astfel de grupări în care își desfășurau activitatea 436 persoane dintre care 7 străini. Comparativ cu anul anterior se constată o creștere cu 24,13% a numărului de grupări destrămate de la 58 la 72 de grupări cu caracter infracțional.

Grafic nr. 9-4: Dinamica numărului de persoane prinse în flagrant, în perioada 2001-2008



Sursa: Direcția Cazier Judiciar, Statistică și Evidențe Operative, I.G.P.R

În anul 2008 procentul persoanelor prinse în flagrant din totalul persoanelor cercetate pentru operațiuni ilegale la regimul drogurilor și precursorilor a fost în creștere față de anul anterior cu 27,31%, de la 1.695 la 2.158 persoane.

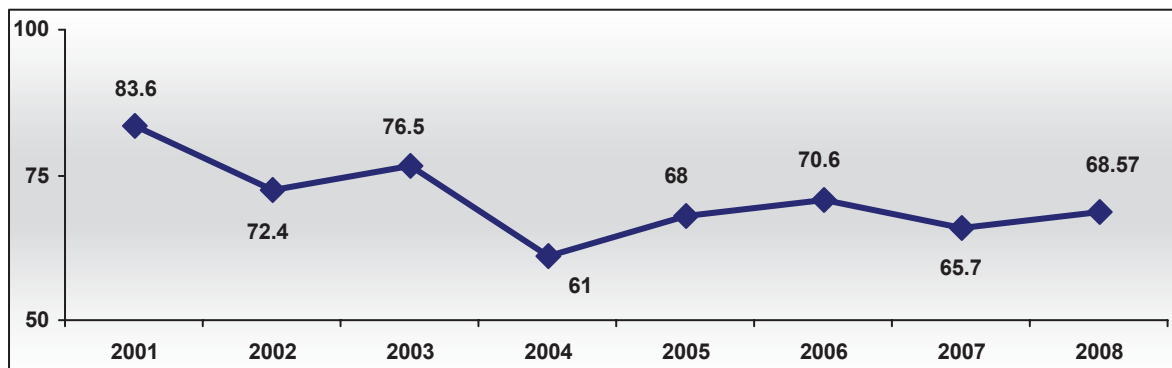
⁶⁹ Legea nr. 143/2000, cu modificările și completările ulterioare

⁷⁰ prevăzute în OUG nr. 121/2006 aprobată prin Legea nr. 186/2007

⁷¹ Legea nr. 39/2003

⁷² fapte sancționate de Codul penal

Grafic nr. 9-5: Dinamica procentului de persoane prinse în flagrant din totalul persoanelor cercetate, în perioada 2001-2008



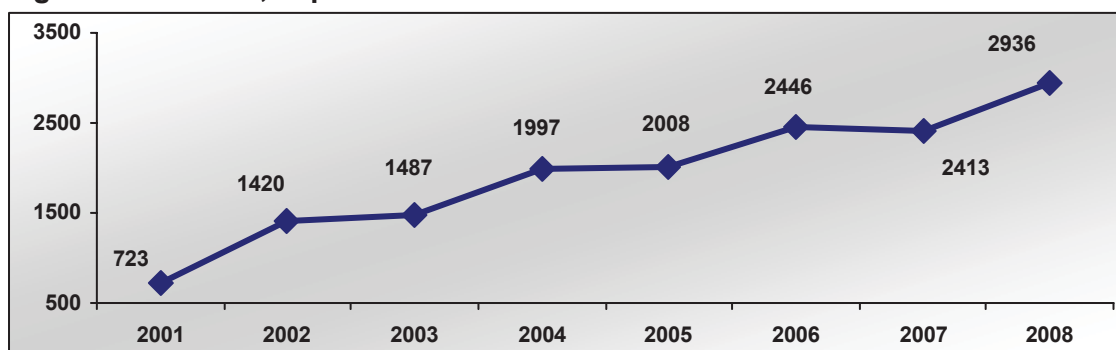
Sursa: Direcția Cazier Judiciar, Statistică și Evidențe Operative, IGPR și IGPF

Referitor la dinamica procentului de persoane prinse în flagrant din totalul persoanelor cercetate, se constată o creștere a acestuia cu 2,87% față de anul 2007.

1. *Situația persoanelor cercetate pentru săvârșirea infracțiunilor la Legea nr. 143/2000 pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare*

Pentru comiterea celor 3.727 infracțiuni constatate în cursul anului 2008 la Legea nr. 143/2000, au fost cercetate 2.936 persoane reprezentând 93,29% din totalul de 3.147 persoane cercetate pentru fapte incriminate de legislația privind regimul drogurilor și al precursorilor. În anul 2008, indicatorul a înregistrat o creștere cu 21,67% față de anul precedent (2.413 persoane) și este de 4 ori mai mare față de valoarea din 2001. Din cele 2.936 persoane, un procent de 63,52% (1.865 persoane) au săvârșit activități ilegale cu droguri pentru consum propriu, sancționate de Art. 4.

Grafic nr. 9-6: Dinamica numărului de persoane cercetate pentru săvârșirea de infracțiuni la Legea nr. 143/2000, în perioada 2001-2008



Sursa: Direcția Cazier Judiciar, Statistică și Evidențe Operative, I.G.P.R

Majoritatea persoanelor cercetate pentru infracțiuni la regimul drogurilor sunt din mediul urban - 93,35% (2.741 persoane dintre care 1.780 persoane pentru art.4). În mediul rural numărul acestor persoane este de 147 persoane, cu o pondere de 5% în totalul de persoane înregistrat pentru acest tip de infracționalitate. Restul de 1,63% sunt cetățeni străini care au săvârșit infracțiuni la regimul drogurilor dintre care 11 persoane la art. 4 (cumpărare și deținere de droguri pentru consum propriu).

De asemenea, conform datelor puse la dispoziție de Centrul de Cooperare Polițienească Internațională, în România anului 2008 au fost predate, în baza mandatului de arestare european, 11 persoane dintre care un cetățean străin, ca urmare a săvârșirii infracțiunii de trafic de droguri. Totodată, un cetățean român a fost extrădat din Italia iar alți trei au fost transferați din Italia, Polonia și Suedia în vederea executării pedepsei în România. Pe de altă parte, din România au fost predate în străinătate 12 persoane dintre care 5 cetățeni străini, a fost extrădată în Statele Unite ale Americii o persoană de cetățenie libaneză iar alte 7 persoane au fost transferate din România în vederea executării pedepsei în țările lor de origine.

Tabelul nr. 9-2: Situația statistică a numărului de cetățeni români cercetați în străinătate, a celor extrădați/predați în/din România și a celor transferați în România, în perioada 2005-2008

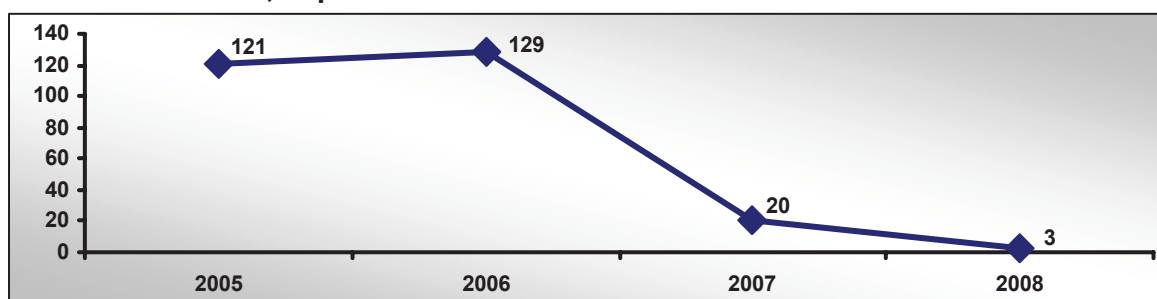
	2005	2006	2007	2008
cetățeni români cercetați în străinătate	91	64	109	-
cetățeni români extrădați/predați în România	4	8	7	11
cetățeni români extrădați/predați din România			4	7
cetățeni români transferați în România			7	3

Sursa: Biroul Național Interpol

2 Situația persoanelor cercetate pentru săvârșirea infracțiunilor la O.U.G. nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor folosiți la fabricarea ilicită a drogurilor aprobată prin Legea nr. 186/2007

Tendința descendentă conturată în anul 2007 se menține și pe parcursul anului 2008, cu o scădere a numărului de persoane cercetate pentru operațiuni ilicite cu precursori și anume de la 20 la 3 persoane. Astfel, ponderea acestor persoane în totalul de 3.147 persoane cercetate pentru infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor este de 0,1%. Evoluția acestui indicator este evidențiată de graficul de mai jos.

Grafic nr. 9-7: Dinamica numărului de persoane cercetate pentru săvârșirea de infracțiuni la O.U.G. nr. 121/2006, în perioada 2005-2008

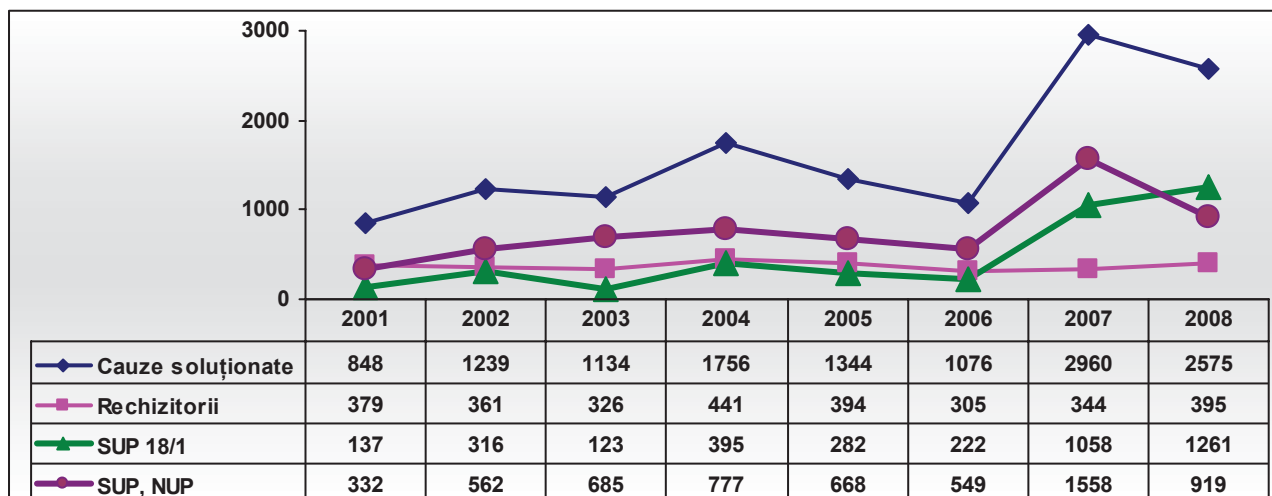


Sursa: Direcția Cazier Judiciar, Statistică și Evidențe Operative, IGPR

C. SITUAȚIA DOSARELOR PENALE SOLUȚIONATE DE CĂTRE PARCHETE

Formațiunile de profil, din cadrul Parchetului de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție și a parchetelor de pe lângă cele 15 curți de apel, au soluționat, pe parcursul anului 2008, un număr de 2.575 cauze penale privind infracțiuni referitoare la droguri și precursori, cu 13% mai puțin decât în cursul anului 2007 când au fost soluționate 2.960 de dosare penale. Deși numărul de cauze soluționate a scăzut față de anul precedent, se remarcă o creștere, cu 14,82%, a numărului de rechizitorii, de la 344 la 395 rechizitorii.

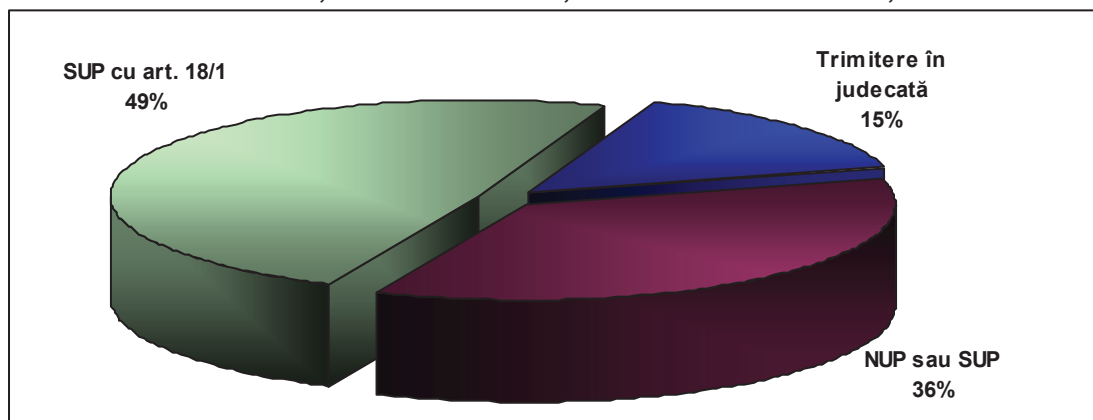
Grafic nr. 9-8: Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, în perioada 2001-2008 (nr.)



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, DIICOT

Din punct de vedere al soluțiilor aplicate, în anul de referință 2008, se constată că în totalul de 2.575 dosare soluționate ponderea cea mai mare, de 48,97%, a revenit dosarelor penale pentru care a fost dispusă soluția de scoatere de sub urmărire penală⁷³, 35,69% au fost cu soluție de neîncepere a urmăririi penale sau scoatere de sub urmărirea penală (SUP/NUP) iar pentru 15,34% a fost dispusă soluția de trimitere în judecată (Rechizitorii).

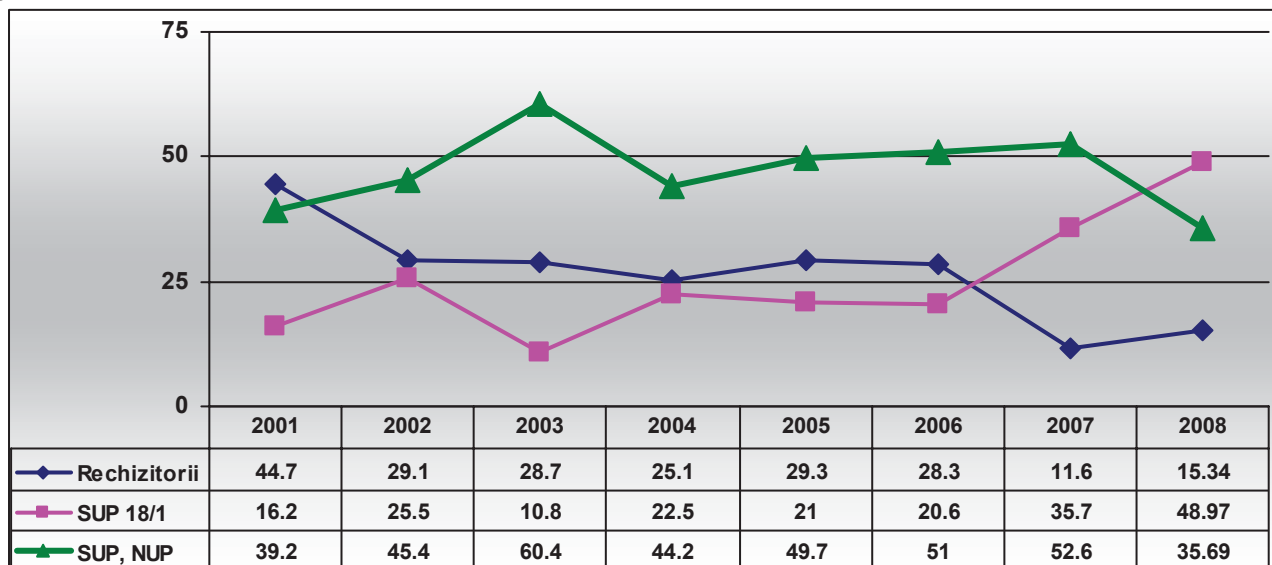
Grafic nr. 9- 9: Distribuția dosarelor soluționate, în 2008, în funcție de tipul soluției



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, DIICOT

Comparativ cu anul precedent, se remarcă o creștere a procentului de cauze soluționate cu soluție de trimitere în judecată (de la 11,62% la 15,34%) precum și a celui de cauze penale cu soluție de scoatere de sub urmărire penală conform art. 18¹ (de la 35,74% la 48,97%). Nu se poate spune același lucru despre cauzele penale cu soluție de neîncepere a urmăririi penale sau de scoatere de sub urmărire penală unde se constată o scădere, de la 52,63% la 35,69%.

Grafic nr. 9-10: Evoluția proporției de cauze soluționate în funcție de tipul soluției (trimitere în judecată, SUP conform art.18¹, NUP sau SUP)



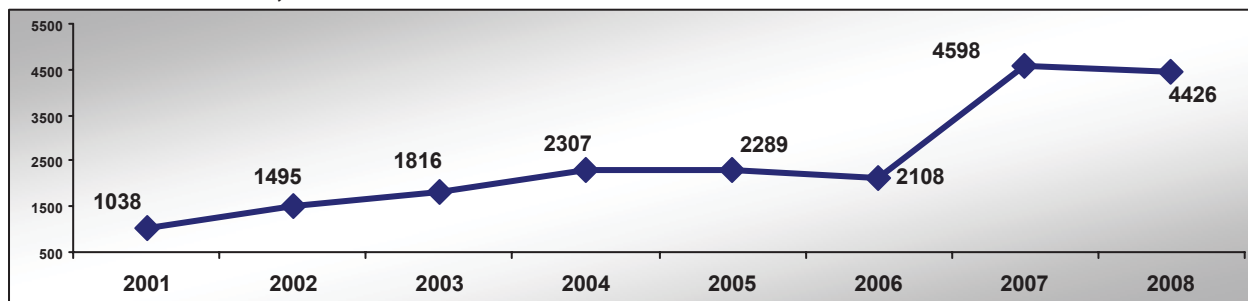
Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, DIICOT

D. SITUAȚIA PERSOANELOR CERCETATE ȘI TRIMISE ÎN JUDECATĂ DE CĂTRE PARCHETE

În anul 2008, numărul persoanelor cercetate de către parchete pentru săvârșirea de infracțiuni privind traficul de droguri și precursori precum și pentru deținere de droguri în vederea consumului a înregistrat o scădere cu 3,74% față de anul precedent, de la 4.426 la 4.598 de persoane, dar cu 400% mai mult față de anul 2001 când au fost cercetate 1.038 persoane.

⁷³ conform art. 18¹ Cod penal- fapta nu prezintă pericolul social al unei infracțiuni (SUP art.18¹)

Grafic nr. 9-11: Evoluția numărului de persoane învinuite/inculpate de către parchete pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, în perioada 2001-2008

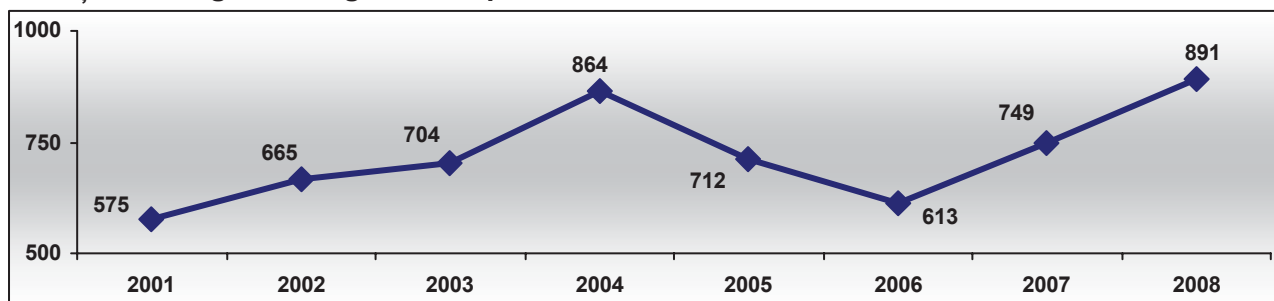


Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, DIICOT

Analizând distribuția teritorială a numărului de persoane cercetate în cauze soluționate, se poate observa o concentrare a acestora în marile centre urbane, municipiul București detașându-se de restul țării prin cercetarea a 55,81% (2.470 persoane) din totalul de 4.426 persoane înregistrat în anul 2008. Pe poziția secundă se află Serviciul Teritorial Cluj la nivelul căruia au fost cercetate 288 persoane, urmat de Serviciul Teritorial Craiova (187 persoane), Serviciul Teritorial Alba Iulia (186 persoane), Serviciul Teritorial Constanța (179 persoane) și Serviciul Teritorial Timișoara (145 persoane).

Din cele 4.426 persoane cercetate în cauze soluționate, 891 persoane (20,13%) au fost trimise în judecată. Ponderea persoanelor aflate în stare de arest preventiv în totalul de persoane trimise în judecată este de 64,53% (575 de persoane). Din cele 891 de persoane trimise în judecată 21 erau minori. Deși, în anul 2008, se înregistrează cel mai mare număr de persoane trimise în judecată, o trecere în revistă a datelor înregistrate în ultimii 9 ani evidențiază caracterul fluctuant al indicatorului. Comparativ cu anul 2007 se înregistrează o creștere cu 18,95%, iar față de anul 2001, cu 55%.

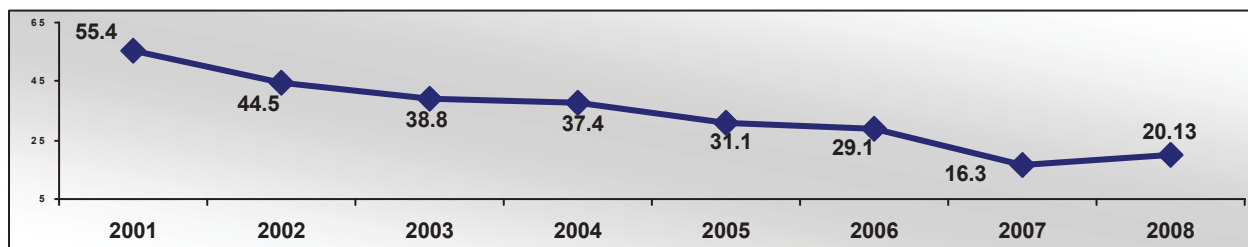
Grafic nr. 9-12: Evoluția numărului de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001-2008



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, DIICOT

Proporția persoanelor trimise în judecată din totalul persoanelor cercetate de către parchet în anul 2008 a fost de 20,13%, cu 3,84% mai mult decât în anul 2007. Astfel, deși indicatorul a avut, în perioada 2001-2007, o tendință de scădere constantă, în anul 2008 se conturează o tendință de creștere a valorilor pe acest indicator.

Grafic nr. 9-13: Evoluția proporției de persoane trimise în judecată din totalul persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2001-2008 (%)



Sursa: Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, DIICOT

* servicii teritoriale ale Direcției de Investigare a infracțiunilor de criminalitate organizată și terorism (DIICOT)

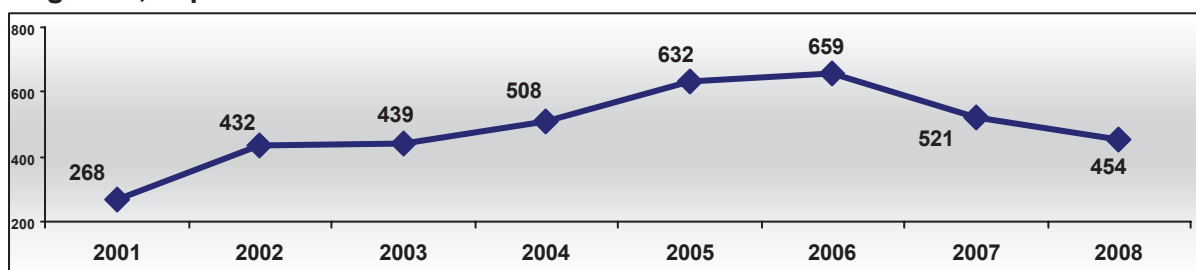
Referitor la situația persoanelor arestate preventiv, conform datelor furnizate de către Direcția Cazier Judiciar, Statistică și Evidențe Operative din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române, în cursul anului 2008 au fost arestate preventiv, pentru comiterea de infracțiuni la legea privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri⁷⁴, 520 persoane dintre care:

- 441 persoane (367 bărbați și 74 femei) pentru activități de cultivare, producere, vânzare, distribuire, cumpărare și deținere fără drept a drogurilor⁷⁵;
- 79 persoane (60 bărbați și 19 femei) pentru operațiuni ilegale de cumpărare și deținere de droguri pentru consum propriu⁷⁶.

E. SITUAȚIA PERSOANELOR CONDAMNATE DE CĂTRE INSTANȚELE DE JUDECATĂ

În anul 2008, instanțele de judecată au dispus condamnarea a 454 persoane (395 bărbați și 59 femei) dintre care 432 majori și 22 minori pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul juridic al drogurilor și precursorilor. Indicatorul înregistrează o diminuare cu 12,86% față de anul anterior și ajunge la o valoare apropiată de cea din anul 2003.

Grafic nr. 9-14: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001-2008

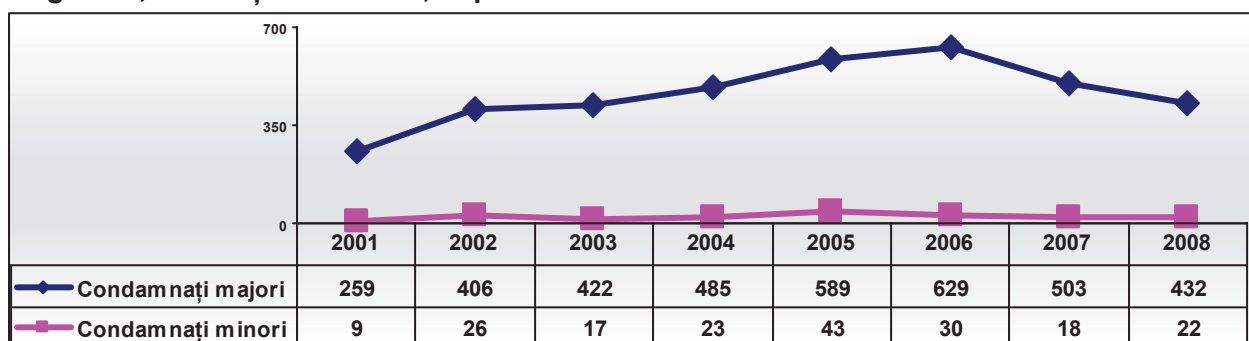


Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În ceea ce privește numărul persoanelor implicate în traficul de droguri, se observă o scădere cu 12,18% față de anul precedent, de la 468 la 411 traficanți (359 bărbați și 52 femei). Numărul consumatorilor de droguri condamnați de instanțele de judecată a fost de 43 persoane (36 bărbați și 7 femei), cu 18,87% mai puțin decât în anul 2007. În cazul persoanelor recidiviste s-a remarcat, de asemenea, o reducere cu 38,37% față de anul anterior de la 86 la 53 recidiviști (51 în activități de trafic).

Deși datele statistice pentru 2005-2007 indicau o diminuare a numărului de minori condamnați pentru implicarea în activități ilicite care au ca obiect traficul și consumul de droguri, în anul 2008 există o ușoară creștere comparativ cu anul anterior (de la 18 la 22 minori). Ponderea minorilor în totalul persoanelor condamnate definitiv este de 4,85%. De precizat că din totalul de minori condamnați definitiv în cursul anului 2008, 20 minori au fost angrenați în activități ilegale vizând traficul de droguri, iar 2 minori au desfășurat activități ilegale pentru consum propriu.

Grafic nr. 9-15: Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001-2008



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

⁷⁴ Legea nr. 143/2000 cu modificările și completările ulterioare

⁷⁵ prevăzute la Art.2

⁷⁶ menționate la Art.4

În cursul anului 2008, instanțele de judecată nu au soluționat cauze penale care au avut ca obiect infracțiuni la regimul juridic al precursorilor.

➤ Situația persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii

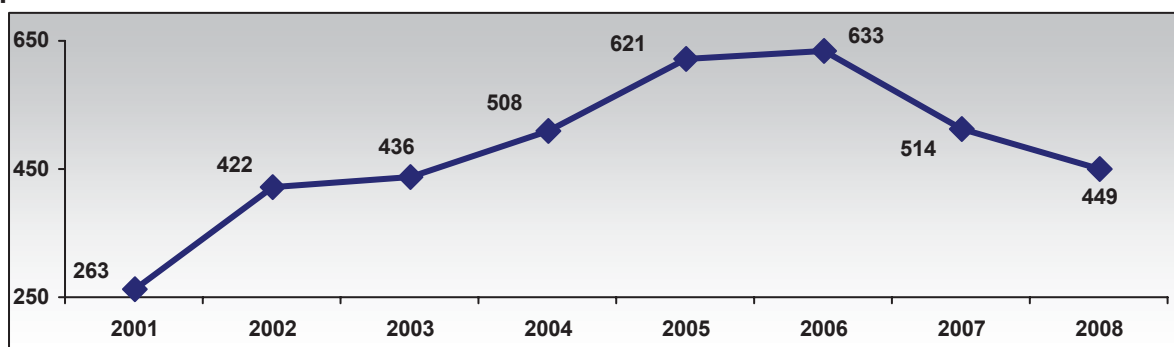
Din totalul persoanelor condamnate definitiv în cursul anului 2008, instanțele de judecată au dispus:

- aplicarea pedepsei cu închisoarea unui număr de 449 persoane, dintre care 424 majori și 20 minori;
- iar a amenzii penale unui număr de 5 persoane dintre care 3 majori și 2 minor.

Tendința descendentă conturată în anul 2007 continuă și pe parcursul anului 2008 fiind condamnate la pedeapsa închisorii cu 13,62% mai puține persoane față de anul precedent.

De menționat că din cele 449 persoane condamnate la pedeapsa închisorii, 222 persoane (49,44%) au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar, 138 persoane (30,73%) au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendare sub supraveghere, 84 persoane (18,71%) au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendare condiționată, iar 5 persoane (1,11%) au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu executare la locul de muncă.

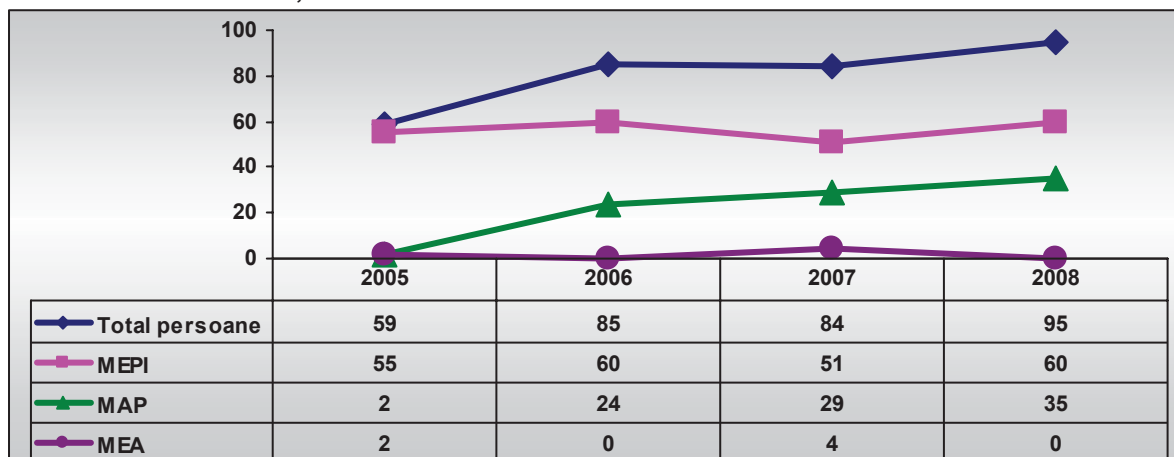
Grafic nr. 9-16: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2005-2008



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În conformitate cu datele statistice furnizate de Direcția de Investigații Criminale din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române privind persoanele care se sustrag executării pedepselor privative de libertate și măsurii arestării preventive, pentru anul 2008, a fost solicitată urmărirea a 95 de persoane.

Grafic nr. 9-17: Evoluția numărului de persoane puse sub urmărire, în perioada 2005-2008



*MEA = mandat european de arestare

Sursa: Direcția de Investigații Criminale, IGPR

De precizat că, pentru 60 de persoane (63,16%) din cele 95 de persoane, s-a emis mandat de executare a pedepsei închisorii (MEPI), pentru 29 de persoane (34,52%) s-a emis mandat de

arestare preventivă (MAP), restul de 35 de persoane (36,84%) reprezentând persoanele pentru care au fost emise mandate de arestare preventivă (MAP).

Tabelul nr. 9-3: Situația statistică a numărului de persoane pentru care s-a emis mandat de executare a pedepsei închisorii (MEPI), mandat de arestare preventivă (MAP) sau mandate europene de arestare (MEA), în perioada 2005-2008

An calendaristic	2005	2006	2007	2008
Au fost puse în urmărire				
MEPI	55	60	51	60
MAP	2	24	29	35
MEA	2	n/a	4	0
A fost revocată urmărirea				
MEPI	24	55	47	55
MAP	3	19	27	28
MEA	3	n/a	4	0

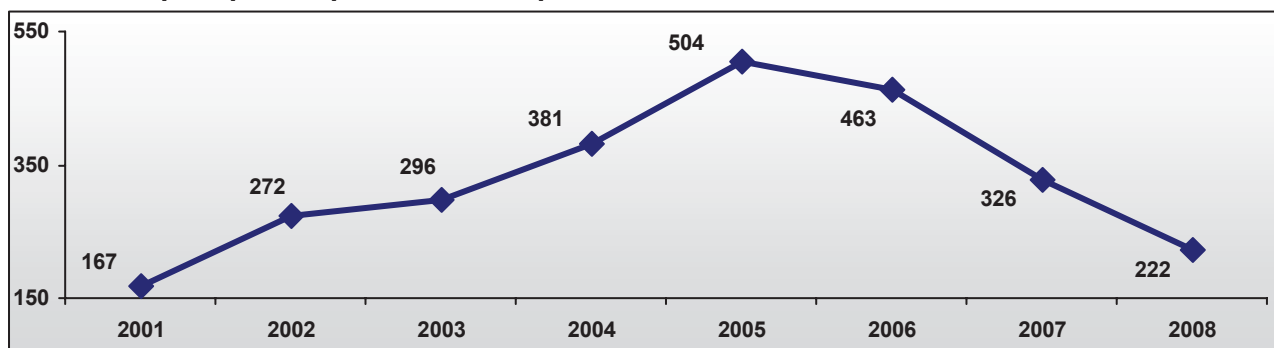
Sursa: Direcția de Investigații Criminale, IGPR

- Situația persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar

La nivelul anului 2008, 222 persoane au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar, din care 219 majori și 3 minori, cu 31,90% mai puțin decât în 2007 când au fost înregistrate 326 de persoane (322 majori și 4 minori) condamnate la pedeapsa închisorii. În ceea ce privește pedeapsa aplicată, cele mai multe persoane (51,35%) au fost sancționate cu închisoare de la 1 la 5 ani, iar 40,54% au fost sancționate cu închisoare între 5 și 10 ani.

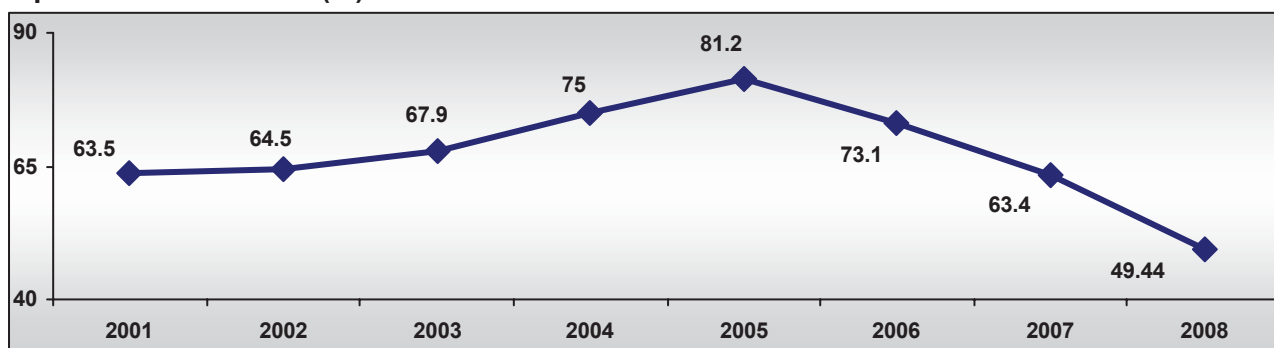
În ultimii patru ani, se remarcă o tendință de diminuare a numărului de persoane ce urmează a executa pedeapsa în penitenciar.

Grafic nr. 9-18: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar, în perioada 2005-2008



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

Grafic nr. 9-19: Evoluția proporției de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar din totalul persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2001-2008 (%)



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

În unitățile de detenție subordonate Administrației Naționale a Penitenciarelor, la data de 31 decembrie 2008, se aflau 935 persoane condamnate definitiv pentru infracțiuni prevăzute de legea⁷⁷ pentru prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri. În anul 2008, au fost puse în libertate condiționată 431 persoane aflate în executarea pedepselor pentru infracțiuni săvârșite la Legea nr. 143/2000, iar 3 persoane au fost eliberate la termen ca urmare a executării pedepsei pentru fapte penale prevăzute de aceeași lege.

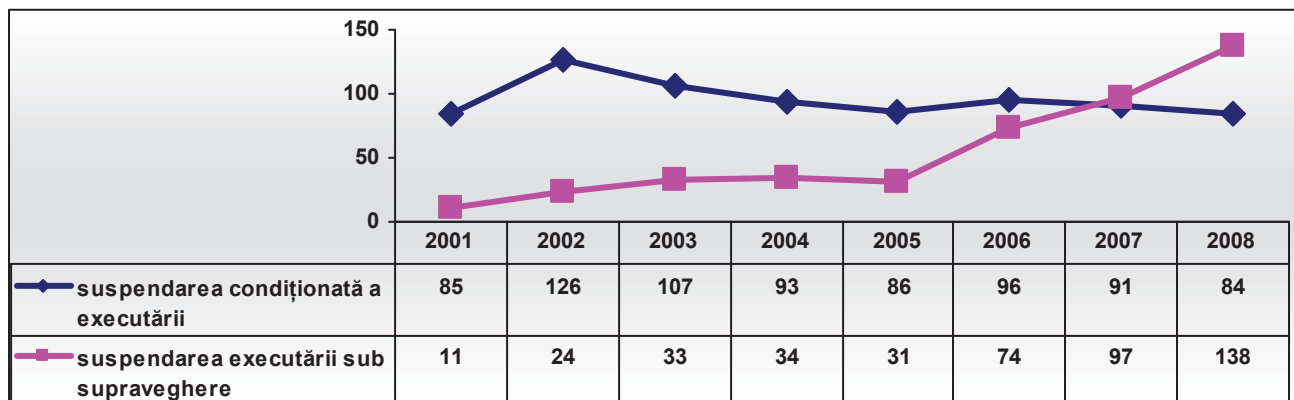
- Situația persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării pedepsei și cu suspendarea executării sub supraveghere

Din totalul de 449 persoane condamnate la pedeapsa închisorii în cursul anului 2008:

- 84 persoane (71 majori și 13 minori) au fost condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării pedepsei. În ceea ce privește fapta penală, 71 de persoane (84,52%) dintre care 60 majori și 11 minori au fost implicate în activități de trafic ilicit de droguri iar 13 persoane (15,48%) dintre care 11 majori și 2 minori au desfășurat operațiuni ilicite cu droguri pentru consum propriu.
- iar 138 persoane (134 majori și 4 minori) cu suspendarea executării sub supraveghere. Din punct de vedere al faptei săvârșite, 122 persoane (88,41%) dintre care 118 majori și 4 minori, au fost implicate în trafic ilegal de droguri, iar restul de 16 persoane majore (11,59%) în activități ilegale pentru consum propriu.

Față de anul anterior, în 2008 numărul persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendare condiționată a executării pedepsei a înregistrat o scădere de 7,69%, remarcându-se însă o tendință de creștere a numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea executării sub supraveghere (cu 42,27% față de 2007).

Grafic nr. 9-20: Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării și a celor cu suspendare a executării sub supraveghere, în perioada 2001-2007



Sursa: Consiliul Superior al Magistraturii

- Situația persoanelor aflate în probațiune

La nivelul anului 2008, au fost întocmite referate de evaluare pentru 18 persoane cercetate pentru trafic⁷⁸ (cu 59,09% mai puțin față de anul 2007) și pentru 8 persoane cercetate pentru infracțiuni pentru consum propriu⁷⁹ (cu 66,66% mai puțin decât în anul 2007).

În anul 2008, instanțele de judecată au cerut elaborarea referatelor de evaluare pentru:

- 135 de persoane cercetate pentru trafic, cu 11,76% mai puțin decât în anul 2007;
- și 60 de persoane cercetate pentru consum, cu 23,08% mai puțin față de anul precedent.

În cazul persoanelor condamnate pentru săvârșirea de infracțiuni la regimului drogurilor, aflate în supravegherea serviciilor de probațiune, se constată o creștere cu 90,18% față de anul trecut, de la 163 la 310 persoane. Pentru 201 persoane din totalul de 310 înregistrat la nivelul anului 2008, s-au

⁷⁷ Legea nr. 143/2000 cu modificările și completările ulterioare

⁷⁸ în temeiul art.2 din Legea nr. 143/2000

⁷⁹ incriminate prin art.4 din Legea nr. 143/2000

aplicat măsurile de supraveghere conform art. 86³, alin.1, lit. a – d din Codul Penal, cu 63,41% mai mult față de anul precedent. În cazul persoanelor condamnate având obligativitatea urmăririi măsurilor de tratament sau îngrijire în scopul dezintoxicării (conform art.86³, alin.3, lit. a-f din Codul Penal), se constată menținerea aceleiași tendințe ascendente, printr-o creștere cu 63,41% comparativ cu anul 2007, de la 40 persoane la 101 persoane. De remarcat faptul că, în cursul anului 2008, au fost aplicate măsuri de supraveghere și în cazul a 8 condamnați minori, conform art.103, alin.3 lit. a-c din Codul Penal.

9.1.2 ALTE INFRAȚIUNI COMISE ÎN LEGĂTURĂ CU CONSUMUL DE DROGURI (EX. INFRAȚIUNI CONTRA PROPRIETĂȚII, PROSTITUȚIE, ÎNCĂLCAREA UNOR NORME LEGALE CA URMARE A INFLUENȚEI CONSUMULUI DE DROGURI, INFRAȚIUNI ÎN TRAFICUL RUTIER ETC.)

În anul 2008, potrivit datelor furnizate de Direcția Poliției Rutiere din cadrul IGPR, au fost depistați în trafic în timp ce se aflau sub influența unor substanțe ori produse stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora, 3 conducători auto (11- în perioada 2005-2007).

Din aprilie 2006, arestul secției 12 Poliție este destinat încarcerării persoanelor, de sex masculin, declarate a fi sub influența drogurilor. În anul 2008, în acest arest au fost încarcerate 842 de persoane aflate sub influența drogurilor, dintre care 825 majori și 17 minori. Dintre minori arestați în anul 2008, 5 minori au comis infracțiunea de furt calificat prevăzută și sancționată de articolul 209 din Codul Penal, iar 10 minori au comis infracțiunea de tâlhărie prevăzută și sancționată de articolul 211 din Codul Penal.

Tabel nr. 9-4: Situația persoanelor arestate în funcție de tipul de infracțiune comisă, 2006-2008

Tipul de infracțiune	Încadrare juridică	Număr de persoane		
		2006	2007	2008
Infracțiunea de furt simplu și furt calificat	Art. 208,209 CP62	278	323	378
Infracțiunea de trafic de droguri de mare risc	Legea 143/2000	224	217	183
Infracțiunea de tâlhărie	Art. 211 CP	47	112	125
Infracțiunea de omor	Art. 174–178 CP	6	2	1
Infracțiunea de vătămare corporală	Art. 181 CP	1	0	3
Infracțiunea de proxenetism	Art. 329 CP	2	2	2
Infracțiunea de distrugere	Art. 217 CP	1	0	4
Infracțiunea de înșelăciune	Art. 215 CP	1	3	13
Infracțiunea de lipsire de libertate în mod ilegal	Art. 189 CP	1	0	3

Sursa: Direcția Generală de Poliție a Municipiului București, Secția 12 Poliție

Persoanele încarcerate declarate a fi sub influența drogurilor beneficiază de asistență medicală de specialitate din partea Serviciului Medical al Direcției Generale de Poliție a Municipiului București.

9.2 PREVENIREA INFRAȚIONALITĂȚII LA REGIMUL DROGURILOR

Proiectul „LICEUL, PRAGUL VIEȚII” a fost implementat în liceele din municipiul București și în anul școlar 2007 – 2008, de către ANA în colaborare cu Direcția Generală de Poliție a Municipiului București și Inspectoratul Școlar al Municipiului București. Obiectivul general al proiectului a fost scăderea ratei delincvenței și infraționalității juvenile și menținerea la un nivel scăzut a consumului de droguri în mediul școlar bucureștean. S-a urmărit conștientizarea și implicarea actorilor sociali cheie cu responsabilități în domeniul prevenirii delincvenței și infraționalității juvenile și a consumului de droguri, precum și antrenarea elevilor, profesorilor și părinților în proiecte și activități comune, menite să întărească influența factorilor de protecție și să reducă influența factorilor de risc. Activitățile desfășurate au inclus:

- constituirea unor grupuri de prevenire în fiecare liceu, formate din specialiști ANA, polițiști de proximitate, consilieri educativi, reprezentanți ai elevilor și părinților;
- realizarea în fiecare liceu a unor activități de prevenire a delincvenței, infraționalității și consumului de droguri prin: informare asupra riscurilor asociate consumului de droguri, dezbateri semi-dirijate, brainstorming și joc de rol.

9.3 INTERVENȚII ÎN SISTEMUL JURIDIC

9.3.1 ALTERNATIVA LA ÎNCHISOARE

Unul dintre neajunsurile anului 2008, din punct de vedere legislativ, l-a reprezentat imposibilitatea aplicării art. 19¹ și 19² ale Legii nr. 522/ 2004⁸⁰, care prevăd posibilitatea înlocuirii pedepsei cu detenția pentru consumatorii de droguri cu condiția acceptării/includerii într-un program specific de asistență integrată medico-psiho-socială. Deși Codul Penal⁸¹ s-a adoptat în iulie 2009, prin asumarea răspunderii Guvernului, prevederile menționate nu se pot aplica până la adoptarea în termen de 12 luni a noului Cod de Procedură Penală, deoarece articolul 19¹(4) prevede că „În toate cazurile, urmărirea penală este continuată potrivit dispozițiilor Codului de procedură penală”, iar articolul 19² (4) menționează că “Pentru învinuitul sau inculpatul care refuză includerea într-un program integrat de asistență a persoanelor consumatoare de droguri, se aplică dispozițiile Codului penal și ale Codului de procedură penală”.

9.3.2. ALTE INTERVENȚII ÎN SISTEMUL JURIDIC

Nu sunt date disponibile date noi.

9.4 CONSUMUL DE DROGURI ȘI CONSUMUL PROBLEMATIC DE DROGURI ÎN PENITENCIAR

Conform datelor oferite de ANP, la data de 01.12.2008 se aflau în penitenciare 1682 persoane cu antecedente de consum de droguri (prevalența - 63,97 %). Dintre aceștia, având în vedere criteriul vârstei și sexului :

- 74 (4,39%) cu vârsta cuprinsă între 15 – 19 ani, 415 (24,67%) între 20 – 24 ani, 610 (36,26%) între 25 – 29 ani și 583 (34,66%) 30 ani și peste;
- 1317 (78,29%) erau bărbați, iar 365 femei (21,7%).

În ce privește substanțele utilizate:

- 1254(74,55%) au consumat în antecedente heroină;
- 143 cocaină (8,5%), 77 ecstasy (4,57%);
- 6 LSD (0,35%), 34 medicamente (2,02%);
- 73 (4,34%) cannabis;
- 68 (4,04%) alte tipuri de droguri (agenți volatili etc.);
- 27 (1,6%) combinații de diverse droguri.

Calea principală de administrare a drogurilor a fost cea intravenoasă (1201 – 71,4%), 481 (28,59%) folosind calea orală.

Tabelul nr. 9-5: Evoluția numărului de persoane cu antecedente de consum de droguri raportată la efectivul total de deținuți în perioada 2001- 01.12.2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	01.12.2008
Efectiv deținuți	50.035	50.156	46.224	39.265	36.700	35.728	29.689	26.291
Persoane cu antecedente de consum de droguri	1065	1131	1504	2013	2402	2268	2061	1682
Prevalența consumului (la o mie deținuți)	21,29‰	22,55‰	32,54‰	51,26‰	65,45‰	63,48‰	69,41‰	63,97‰

Sursa: ANP

9.5 RĂSPUNSURI LA PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE CONSUMULUI DE DROGURI ÎN PENITENCIARE (INCLUSIV ÎN ALTE MEDII CUSTODIALE)

9.5.1 ASISTENȚA ACORDATĂ CONSUMATORILOR DE DROGURI ÎN PENITENCIAR (inclusiv numărul deținuților care au beneficiat tratament de substituție cu opiacee)

În cadrul proiectului *Prevenirea și asistența HIV/SIDA în rândul consumatorilor de droguri injectabile aflați în comunitate și în penitenciarele din România*, derulat cu sprijinul asistenței tehnice și

⁸⁰ Legea nr. 522/24.11.2004 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, Emitent Parlamentul, MO nr. 1155/07.12.2004

⁸¹ Legea nr. 286 din 17 iulie 2009 privind Codul penal (publicată în Monitorul Oficial nr . 510 din 24 iulie 2009)

financiare oferite de către Biroul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate, România, a fost inițiat un grup de lucru în domeniul centrelor de asistență din detenție și a fost agreat și produs un mecanism de lucru care să asigure accesul CDI din custodia poliției la tratament.

În anul 2008, ANP a continuat demersurile începute în anul 2006 la Ministerul Sănătății în vederea stabilirii posibilității de înființare în sistemul penitenciar a unor centre de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri având ca obiect de activitate principalele programe de substituție cu metadonă, precum și finanțării activităților desfășurate pentru tratamentul dependenților de droguri aflați în penitenciare prin subprogramul de sănătate 2.2 „Tratamentul toxicodependențelor” și includerii unităților din rețeaua sanitară a Administrației Naționale a Penitenciarelor în lista unităților sanitare prin care se derulează acest subprogram, demersuri rămase și în anul 2008 fără rezultat.

În cadrul proiectului *Prevenirea și asistența HIV/SIDA în rândul consumatorilor de droguri injectabile aflați în comunitate și în penitenciarele din România*, derulat cu sprijinul asistenței tehnice și financiare oferite de către Biroul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate, România, în anul 2008 a devenit funcțional primul centru pilot de substituție cu metadonă la Penitenciarul Spital Rahova. Tot în anul 2008 s-au întreprins demersurile necesare în vederea extinderii acestuia, prin începerea activității unui nou centru de substituție cu metadonă la Penitenciarul Spital București – Jilava și a unui nou proiect de schimb de seringi în Penitenciarul Giurgiu.

- În secția de dezintoxicare a Penitenciarului Spital Rahova au beneficiat de evaluare, consiliere psihologică și tratament, 306 deținuți dependenți de droguri;
- În tratament de substituție cu metadonă s-au aflat 18 persoane private de libertate.

Conform datelor oferite de ANP, în cursul anului 2008, la nivelul sistemului penitenciar, au fost incluse în programe de tip psihoterapeutic derulate de personalul de specialitate din serviciile de asistență psihosocială (educatori, psihologi, asistenți sociali), în colaborare cu reprezentanții serviciilor medicale din unități, cu reprezentanții Centrelor de Evaluare Prevenire și Consiliere Antidrog locale dar și cu reprezentanții altor organizații și fundații, 3528 persoane private de libertate cu antecedente în consumul de droguri.

Deși există o diferență semnificativă între numărul consumatorilor autodeclarați înregistrați la cabinetul medical și numărul celor care au fost raportați pe linia asistenței psihologice, aceasta este justificată prin faptul că nu toate persoanele private de libertate declară la depunerea în penitenciar antecedentele în consum, declarând ulterior (în principal psihologilor) faptul că au consumat droguri și solicitând asistență de specialitate.

Activitățile derulate cu această categorie presupun realizarea de activități educaționale – informare, evaluării psihologice și sociale inițiale, consiliere psihologică individuală și de grup, intervenție în criză, intervenție de tip psihoterapeutic și asistare socială:

Tabel nr.9-6 Activități derulate în penitenciare pentru foști consumatori autodeclarați, 2008

Activitatea derulată	Beneficiari – persoane private de libertate cu antecedente în toxicomanie	(%) din nr. total al consumatorilor autodeclarați
Programe educaționale proprii destinate foștilor consumatori autodeclarați	724	20,52%
Programe educaționale realizate în colaborare cu reprezentanții CEPCA destinate foștilor consumatori autodeclarați	650	18,42%
Programe educaționale realizate în colaborare cu reprezentanții altor ONG-uri și OG, destinate foștilor consumatori autodeclarați	1063	30,13%
Consiliere și evaluare psihologică și socială	3528	100,00 %
Programe de tip psihoterapeutic și de asistență psihosocială proprii, destinate foștilor consumatori autodeclarați	773	21,91%
Programe și activități de asistență psihosocială destinate foștilor consumatori autodeclarați realizate în colaborare cu reprezentanții CEPCA	1006	28,51%
Programe și activități de asistență psihosocială destinate foștilor consumatori autodeclarați realizate în colaborare cu reprezentanții ONG și OG	201	5,70%

Sursa: ANP

Raportul ANP menționează că, pe lângă foștii consumatori de droguri (autodeclarați), au mai beneficiat de asistență de specialitate persoane private de libertate cu istoric în diverse comportamente adictive (alcool, tutun, medicamente), care au solicitat sprijin în acest sens.

Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri – cazuri pentru care sursa de referință a fost poliția

În anul 2008, în funcție de sursa de referință, dintre cele 1522 de admiteri la tratament în centrele de asistență ale Ministerului Sănătății, în 60,6% dintre cazuri persoanele consumatoare de droguri au solicitat asistență din proprie inițiativă, 7,4% la inițiativa familiei sau a prietenilor, în timp ce 29,4% au fost referiți la tratament prin sistemul de sănătate (un alt centru de tratament, medici generaliști, spital), 1% prin poliție (16 persoane), 2,6% de alte tipuri de instituții, 0,9% necunoscut.

Distribuția celor 16 cazuri este următoarea:

- arest - 2 persoane de sex masculin (una mai primise tratament pentru consum de droguri);
- poliția – 11 persoane: 1 femeie care mai primise anterior tratament pentru consum de heroină și 10 bărbați dintre care nici unul nu solicitase anterior tratament pentru consum de substanțe psihoactive;
- poliția și servicii de urgență – 3 persoane de sex masculin (toate 3 mai urmaseră anterior tratament pentru consum de droguri).

În funcție tipul drogului consumat: jumătate erau consumatori de cannabis/hașiș/marijuana, 3 de opiacee, 1 de barbiturice și 2 de cofeină.

Tabel nr. 9-7: Distribuția admițerilor la tratament în centrele MS a căror sursă de referință a fost poliția, în funcție de tipul de drog, tipul admițerii și sexul consumatorului, în 2008 (%)

	cannabis/hașiș/marijuana	heroină	metadonă	barbiturice	cofeină	total
feminin-recidivă	0	1	0	0	0	1
masculin-cazuri noi	6	1	1	1	2	11
masculin-recidivă	2	2	0	0	0	4

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Dintre cei 440 consumatori de substanțe ilicite care au fost asistați, în anul 2008, în Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, 46,4% au fost referiți la tratament prin sistemul de justiție sau aduși de poliție:

- 164 de persoane prin sistemul de justiție (penitenciare/centre de reeducare pentru minori);
- 40 de persoane prin instanță/procuror/servicii de probațiune și una trimisă de avocatul său;
- 5 prin sistemul de investigare și urmărire penală.

Distribuția celor 210 persoane este următoarea:

- 183 persoane de sex masculin și 26 de sex feminin;
- 8 persoane între 15 și 19 ani, 59 între 20 și 24 de ani, 62 între 25 și 29 de ani, 49 între 30-34 de ani, 22 între 35-39 de ani, 7 peste 40 de ani, iar pentru 3 persoane nu a fost precizată vârsta;
- 126 consumatori de heroină, 64 de cannabis, 11 de stimulante, 6 de cocaină și câte 1 de metadonă, halucinogene și inhalanți volatili.

9.5.2 PREVENIREA ȘI REDUCEREA RISCURILOR ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

În cadrul proiectului *Prevenirea și asistența HIV/SIDA în rândul consumatorilor de droguri injectabile aflați în comunitate și în penitenciarele din România*, derulat cu asistență tehnică și financiară oferite de către Biroul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate – România, în anul 2008 au fost revizuite normele interne în vederea realizării și adoptării unor protocoale de lucru adecvate implementării programelor de schimb de seringi în sistemul penitenciar, devenind astfel disponibile două programe de schimb de seringi în penitenciarele Rahova și Jilava care au avut ca beneficiari 62 de persoane private de libertate.

În perioada ianuarie – decembrie 2008, CPECA și echipele interdisciplinare, create în penitenciarele din țară, au desfășurat, în vederea prevenirii consumului de droguri în rândul populației penitenciare activități de informare – educare, promovare a unui stil de viață sănătos și prevenirea recăderii în consumul de droguri a deținuților care au declarat că au consumat droguri. De asemenea, cu sprijinul unor organizații și instituții cu preocupări în acest domeniu, au fost derulate diverse programe antialcool și antitutun și activități cultural - educative.

Astfel, în perioada de referință, în cele 44 de locații (penitenciare, penitenciare - spital și centre de reeducare), au fost organizate 56 de activități de informare - educare în legătură cu riscurile asociate

consumului de droguri, având ca beneficiari direcți 4.408 persoane (dintre care 3.890 deținuți bărbați adulți, 39 femei, 346 minori, 83 cadre din diverse instituții, 50 voluntari) și 49 activități culturale - educative (concursuri, expoziții, piese de teatru cu mesaj antidrog, filme documentare, spectacol de muzică și dans).

9.5.3. PREVENIREA ȘI TRATAMENTUL BOLILOR INFECȚIOASE ASOCIATE CONSUMULUI DE DROGURI

În anul 2008 ANP, în parteneriat cu Romanian Harm Reduction Network, a inițiat proiectul *Inițiativa 38*, finanțat de către Fondul Global de Luptă împotriva HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei, proiect ce urmărește prevenirea HIV/SIDA în rândul deținuților din toate unitățile penitenciare, prin intervenții de informare, educare, comunicare.

În cadrul aceluiași programe finanțate de către Fondul Global a fost demarat de către ANP, ANA și ARAS, proiectul *Prevenirea HIV/SIDA în rândul deținuților din toate unitățile penitenciare din România, prin creșterea accesului acestora la servicii de consiliere și testare voluntară HIV*, fiind organizate primele 2 sesiuni de formare a echipelor interdisciplinare de la cele trei organizații.

În anul 2007 Administrația Națională a Penitenciarelor cu sprijinul fundației Romanian Angel Appeal, beneficiind de finanțare de la ANP și Fondul Global pentru combaterea HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei au realizat *Studiul de estimare a prevalenței infecției HIV și hepatitelor B și C în rândul populației din penitenciare*.

Obiectivele cercetării au fost:

- cunoașterea bolilor cu transmitere pe cale parenterală;
- cunoașterea factorilor de risc asociați acestor boli;
- definirea unor strategii sanitare la nivelul sistemului penitenciar privind bolile cu transmitere parenterală.

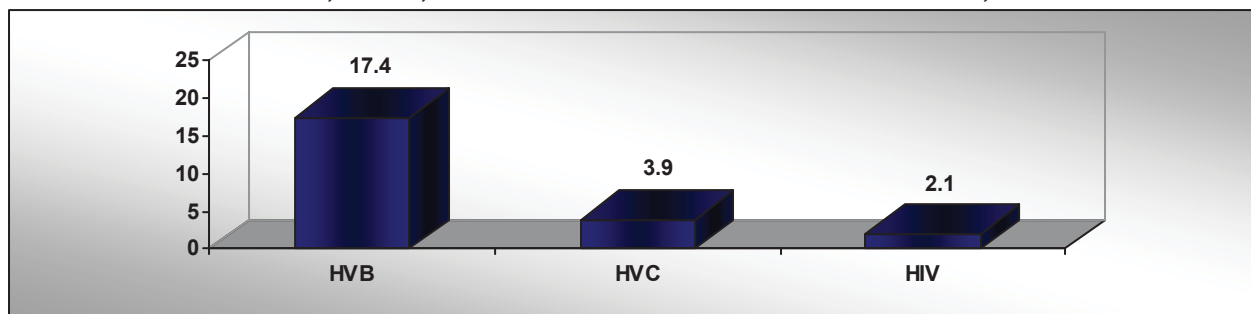
Studiul s-a realizat pe un eșantion reprezentativ pentru populația penitenciară (N=1391) și a constat în:

- analize de sânge în vederea determinării anticorpilor pentru infecția HIV, hepatită C și B;
- aplicarea unui chestionar în vederea determinării factorilor de risc privind transmiterea HIV, HVC, HVB.

Rezultate: 5,7% deținuți au declarat că folosesc droguri injectabile (13% dintre deținuți au declarat că ei cunosc persoane care folosesc droguri injectabile), iar 3,7% au folosit ace/seringi în comun cu alte persoane. Conform acestui studiu consumul de droguri injectabile și folosirea în comun a seringilor sunt mai larg răspândite în rândul femeilor și al deținuților cu vârsta până în 30 de ani.

Analizele de sânge efectuate în vederea determinării anticorpilor HIV, HVC, HVB în rândul deținuților au evidențiat următoarele rezultate:

Grafic nr. 9-21: Prevalența infecției HIV și hepatitelor B și C în rândul populației din penitenciare, 2008



Sursa: *Studiul de estimare a prevalenței infecției HIV și hepatitelor B și C în rândul populației din penitenciare, 2007*

- Conform concluziilor studiului, CDI se asociază semnificativ cu rezultatele pozitive la testele HVB și HVC, iar
- Utilizarea în comun a acelor și seringilor se asociază semnificativ cu rezultatele pozitive la HVC.

9.5.4. PREVENIREA RISCULUI DE SUPRADOZĂ LA ELIBERAREA DIN PENITENCIAR

Nu sunt disponibile date noi.

9.6 REINTEGRAREA CONSUMATORILOR DE DROGURI LA ELIBERAREA DIN PENITENCIAR

Nu sunt disponibile date noi.

Capitolul 10 - Piața drogurilor

Prezentare generală a pieței drogurilor

În anul 2008, România a continuat să fie un spațiu de tranzit al drogurilor de mare risc, provenite din Turcia și Orientul Mijlociu, situație datorată poziției geografice a țării, aflată la intersecția culoarelor de trafic de droguri și poziționată în cadrul rutei balcanice, precum și conexiunilor stabilite de membrii grupărilor criminale autohtone cu cei ai crimei organizate transfrontaliere externe (în special turce, dar și din Europa Occidentală – Germania, Marea Britanie, Olanda).

10.1 DISPONIBILITATE ȘI OFERTĂ

10.1.1. ORIGINEA DROGURILOR: PRODUCȚIA NAȚIONALĂ VERSUS CEA DE IMPORT

În cursul anului 2008, pe teritoriul național nu au fost descoperite laboratoare clandestine destinate fabricării de droguri. De asemenea, comparativ cu anul 2006 când formațiunile antidrog au descoperit 8 culturi ilicite de plante cu conținut stupefiant, în anii 2007 și 2008 nu au mai fost identificate astfel de culturi.

Ca și în anii precedenți, în anul 2008, România a continuat să fie un spațiu de tranzit al drogurilor de mare risc. Pentru tranzitarea drogurilor este utilizată infrastructura firmelor private specializate în transporturi internaționale de mărfuri (societăți comerciale aparținând unor cetățeni turci sau autohtoni) și disimularea în operațiuni comerciale licite (de exemplu exportul unor produse petroliere în cisterne sau de produse alimentare perisabile). De asemenea, cantități mici de stupefiante sunt expediate în colete cu sprijinul transportatorilor internaționali de persoane sau cu autoturisme aparținând membrilor autohtoni ai grupărilor de crimă organizată.

Cetățenii români sunt implicați de regulă în activități conexe traficului de stupefiante (falsificarea de documente) sau în plasarea unor cantități mici de droguri pe piața autohtonă și transportul prin firme proprii ale drogurilor în străinătate și predarea acestora unor persoane care asigură distribuția locală. Conform reprezentanților instituțiilor de aplicare a legii, menținerea la nivel scăzut a cantităților introduse în țara noastră în vederea distribuției interne este influențată de următorii factorii:

- numărul redus de consumatori de droguri de mare risc;
- puterea de cumpărare scăzută (ce determină un preț de desfacere mai mic față de cel din țările vest-europene și o calitate foarte slabă a drogurilor);
- durata relativ mare necesară recuperării fondurilor investite în droguri.

10.2 CAPTURI

10.2.1 Cantități de droguri capturate și număr de capturi

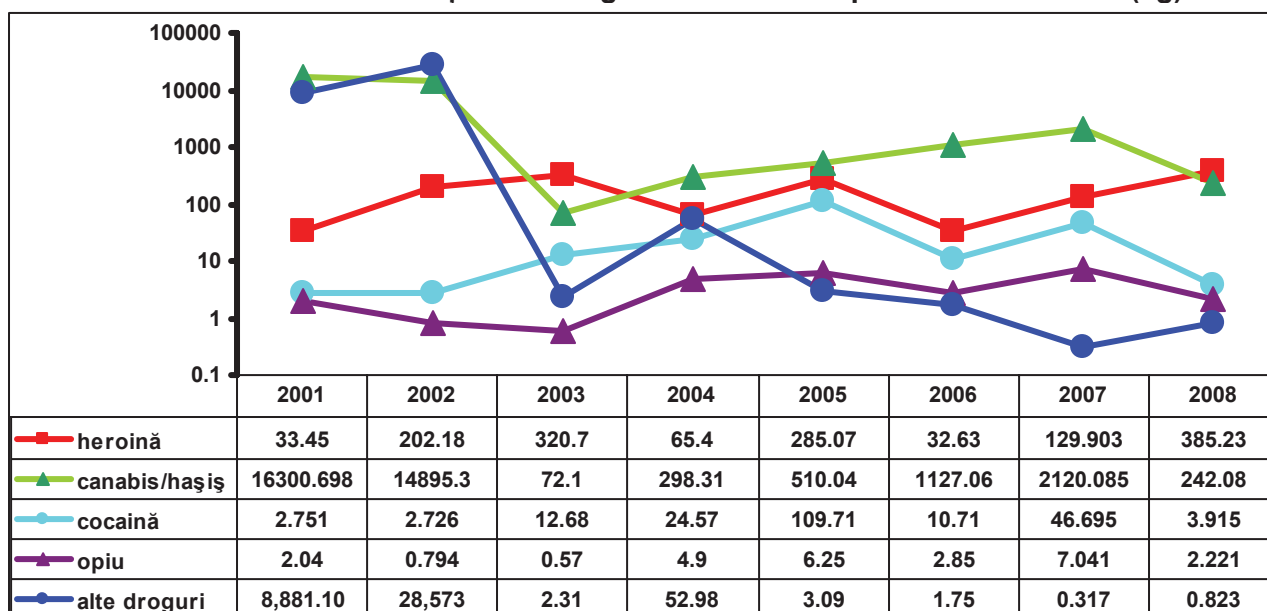
1. DROGURI

În cursul anului 2008, au fost descoperite și ridicate în vederea confiscării 634,41 kg, 60.010 comprimate, 71 timbre și 213 fiole droguri din care:

- droguri de mare risc: 392,316 kg, 57.831 comprimate, 71 timbre și 213 fiole;
- droguri de risc: 242,097 kg, 2.179 comprimate.

Comparativ cu anul precedent, se constată o scădere cu 72,46% a cantității totale de droguri confiscate (de la 2.304,041 kg la 634,41 kg). În cazul drogurilor sub formă de comprimate, se constată, dimpotrivă, o creștere cu 41,18% a numărului de comprimate ridicate în vederea confiscării, de la 42.507 la 60.010 comprimate. Aceeași situație se poate observa și în cazul timbrelor impregnate cu LSD și anume o creștere de aproximativ 8 ori, de la 9 la 71 timbre. Referitor la drogurile sub formă lichidă, în anul de referință s-a înregistrat același număr de fiole reținute în vederea confiscării ca în anul precedent și anume 213 fiole. Diferența este dată de faptul că în anul 2007 din totalul de 213 fiole, 203 fiole conțineau droguri de mare risc iar 10 fiole droguri de risc, în timp ce la nivelul anului 2008 toate cele 213 fiole au conținut droguri de mare risc.

Grafic nr. 10-1: Dinamica cantităților de droguri confiscate în perioada 2001-2008 (kg)

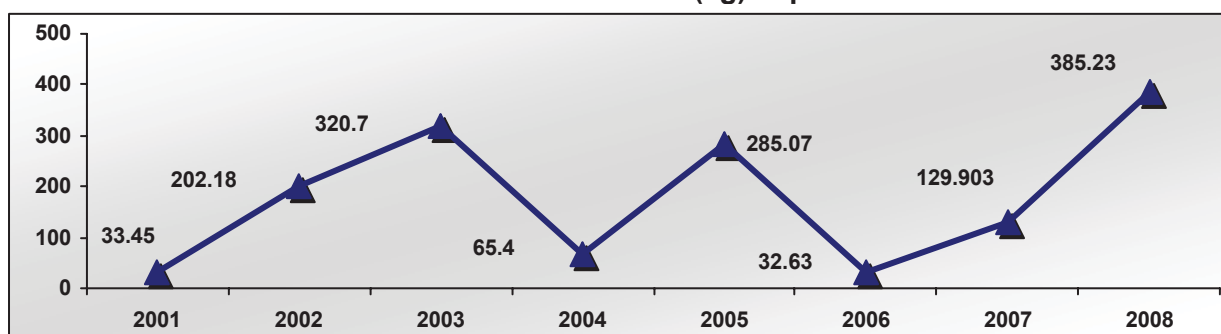


Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, IGPR

HEROINĂ

În anul de referință, au fost ridicate în vederea confiscării 385,23 kg de heroină, cu 196,55% mai mult decât în anul 2007. O analiză a datelor relevă caracterul fluctuant al confiscărilor de heroină înregistrate în intervalul 2001 – 2008.

Grafic nr. 10-2: Dinamica confiscărilor de heroină (kg) în perioada 2001-2008



Sursa: Direcția Generală de Combatere a Criminalității Organizate, IGPR

În ceea ce privește numărul de capturi al căror obiect l-a constituit heroina, potrivit datelor existente la Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor și precursorilor din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române, în cursul anului 2008, s-au înregistrat 1.055 capturi heroină dintre care 1040 la nivelul Laboratorului central București, 7 la Laboratorul regional Cluj, 4 la Laboratorul regional Iași, 2 la Laboratorul regional Constanța și 2 la Laboratorul regional Timișoara. De menționat că Laboratoarele regionale Constanța și Timișoara au devenit funcționale începând cu 1.06.2008 și respectiv 1.09.2008.

Tabel nr. 10-1: Distribuția capturilor de heroină la nivel central și regional în anul 2008

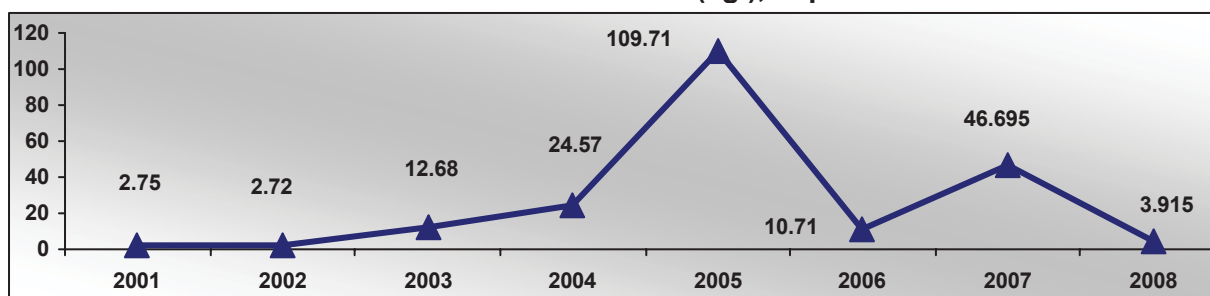
	LABORATOR					TOTAL
	Laborator central București	Laborator regional Cluj	Laborator regional Iași	Laborator regional Constanța	Laborator regional Timișoara	
Număr capturi	1040	7	4	2	2	1055

Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor și precursorilor, IGPR

COCAINĂ

Cantitatea de cocaină confiscată în cursul anului 2008 a fost de 3,915 kg, de 12 ori mai puțin față de anul 2007 când au fost confiscate 46,695 kg de drog.

Grafic nr. 10-3: Dinamica confiscărilor de cocaină (kg.), în perioada 2001 - 2007



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, IGPR

Pe parcursul anului 2008, au fost realizate 91 capturi de cocaină dintre care 44 înregistrate la Laboratorul central București, 25 la Laboratorul regional Cluj, 1 la Laboratorul regional Iași, 19 la Laboratorul regional Constanța și 2 la Laboratorul regional Timișoara.

Tabel nr. 10-2: Distribuția capturilor de cocaină la nivel central și regional, anul 2008

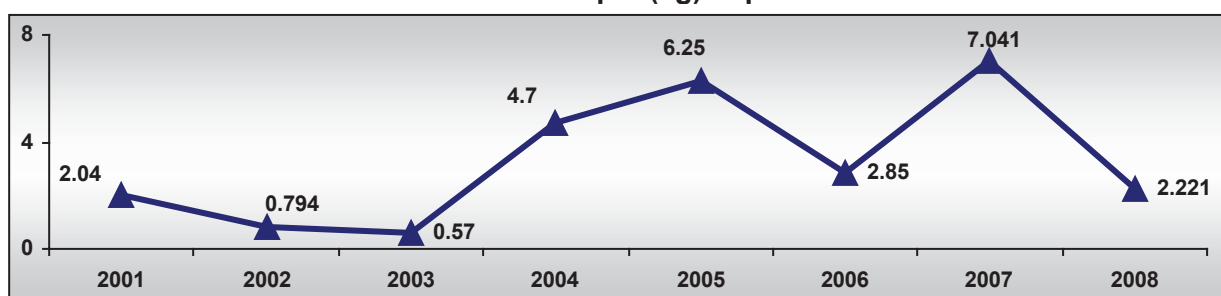
	LABORATOR					TOTAL
	Laborator centra București	Laborator regional Cluj	Laborator regional Iași	Laborator regiona Constanța	Laborator regional Timișoara	
Număr capturi	44	25	1	19	2	91

Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor și precursorilor, IGPR

OPIU

Potrivit datelor furnizate de Direcția Generală de Combatere a Criminalității Organizate, în cazul cantității de opiu ridicată în vederea confiscării se remarcă o scădere a acesteia cu 68,45% față de anul 2007, de la 7,041 la 2,221 kg.

Grafic nr. 10-4: Dinamica confiscărilor de opiu (kg) în perioada 2001-2008



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, IGPR

În cazul capturilor de opiu, au fost realizate 5 astfel de acțiuni, dintre care 4 înregistrate la Laboratorul central București și 1 la Laboratorul regional Constanța.

Tabel nr. 10-3: Distribuția capturilor de opiu la nivel central și regional, anul 2008

	LABORATOR					TOTAL
	Laborator centra București	Laborator regional Cluj	Laborator regional Iași	Laborator regiona Constanța	Laborator regional Timișoara	
Număr capturi	4	0	0	1	0	5

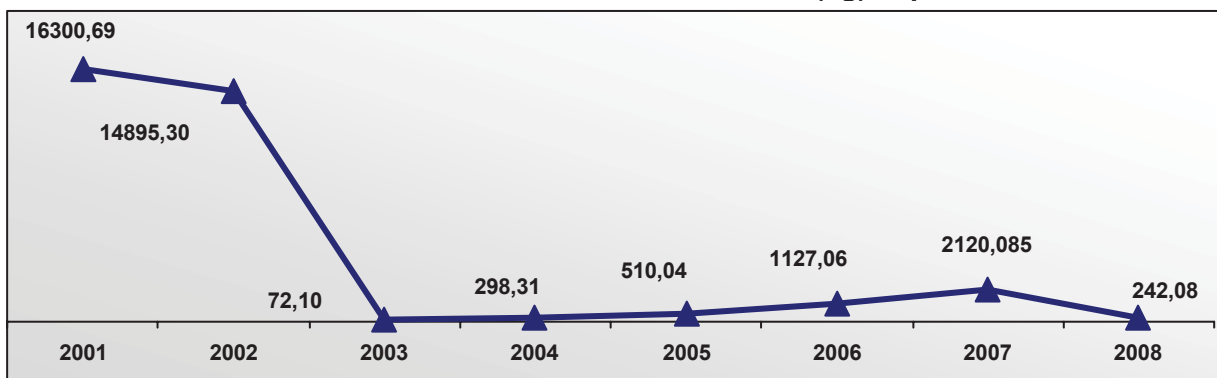
Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor și precursorilor, IGPR

CANNABIS

La nivelul intervalului de referință, a fost confiscată o cantitate 242,08 kg droguri de tip cannabis dintre care 33,42 kg rezină de cannabis și 208,66 kg cannabis.

Comparativ cu anul precedent, se remarcă o creștere de aproximativ 6 ori a cantității de rezină de cannabis înregistrată în cursul anului 2008, de la 5,365 kg la 33,42 kg rezină de cannabis. În ceea ce privește cantitatea de cannabis, aceasta a suferit o scădere de aproximativ 10 ori față de anul 2007 de la 2.114,720 la 208,66 kg.

Grafic nr. 10-5: Dinamica confiscărilor de cannabis/hașiș (kg) în perioada 2001-2008



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, IGPR

Numărul capturilor de produse tip cannabis este de 1202 dintre care 596 reprezintă capturi de iarbă de cannabis și 506 rezină de cannabis. Cele mai multe capturi se regăsesc la nivelul Laboratorului central București (274 capturi cannabis și 261 capturi rezină de cannabis), urmat, apoi, de Laboratorul regional Cluj (155 capturi cannabis și 131 capturi rezină de cannabis). La nivelul Laboratorului regional Iași au fost înregistrate 170 capturi dintre care 105 capturi de marijuana și 65 capturi de hașiș.

Tabel nr. 10-4: Distribuția capturilor de cannabis la nivel central și regional, 2008

		LABORATOR					TOTAL
		Laborator central București	Laborator regional Cluj	Laborator regional Iași	Laborator regional Constanța	Laborator regional Timișoara	
Număr capturi	Cannabis	274	155	105	41	21	596
	Cannabis rezină	261	131	65	36	13	506

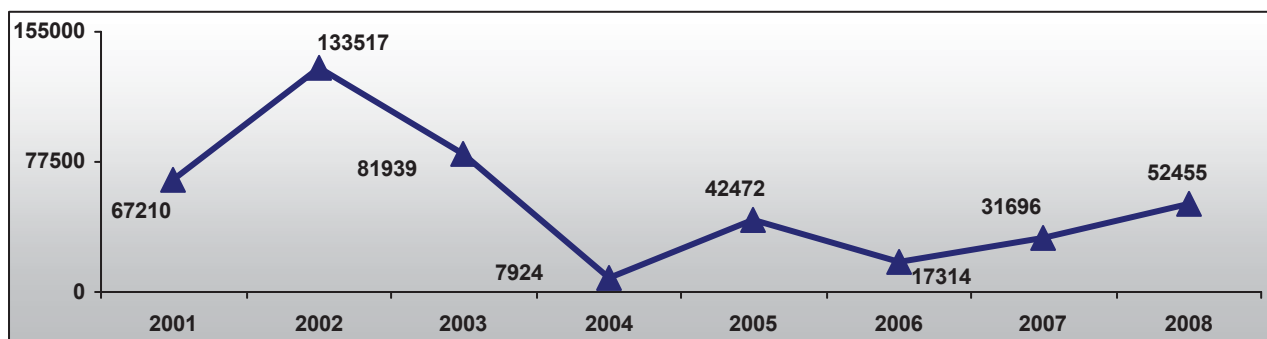
Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor și precursorilor, IGPR

DROGURI SINTETICE

Cantitatea de stimulente de tip amfetaminic confiscată în cursul anului 2008 a fost de 52.455 comprimate, cu 65,49% mai mult decât în anul 2007. De menționat că, în același interval de timp, au fost confiscate și 71 doze (timbre) de LSD.

Începând cu anul 2004, se constată o evoluție fluctuantă a capturilor de droguri sintetice ceea ce face imposibilă trasarea unei tendințe clare de manifestare a fenomenului.

Grafic nr. 10-6: Număr de comprimate de amfetamine și derivați confiscate, în perioada 2001-2008



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, IGPR

Pe parcursul anului 2008 au fost confiscate 7 capsule LSD și 225 capturi de stimulente de tip amfetaminic, dintre care 123 figurează în registrele Laboratorului central București, 60 în cele ale Laboratorului regional Cluj, 20 fiind înscrise la nivelul Laboratorului regional Iași, 27 la Laboratorul regional Constanța și 2 la Laborator regional Timișoara.

Tabel nr. 10-5: Distribuția capturilor de droguri sintetice la nivel central și regional, 2008

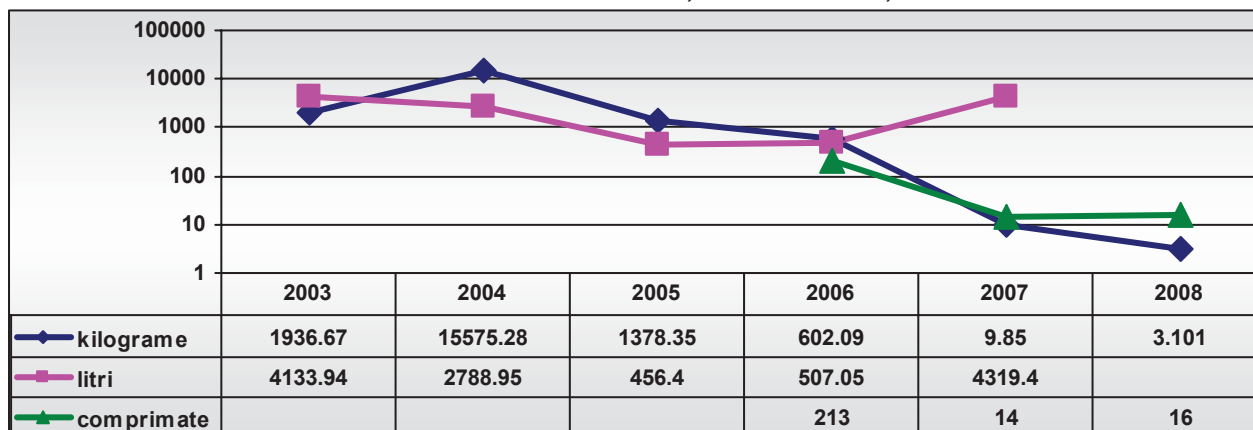
	LABORATOR					TOTAL
	Laborator centra București	Laborator regional Cluj	Laborator regional Iași	Laborator regiona Constanța	Laborator regiona Timișoara	
Număr capturi	123	60	20	27	2	232

Sursa: Laboratorul central de analiză și profil al drogurilor și precursorilor, IGPR

10.2. 2. PRECURSORI ȘI SUBSTANȚE CHIMICE ESENȚIALE

În perioada supusă analizei au fost ridicate în vederea confiscării 3,101 kg substanțe chimice esențiale precum și 16 comprimate de astfel de substanțe. Comparativ cu anul precedent se constată o scădere a cantității sub formă solidă de precursori de la 9,85 kg la 3,101 kg. În privința substanțelor descoperite sub formă lichidă se remarcă faptul că în anul 2008 nu au fost confiscări, ceea ce nu se poate spune și despre numărul de comprimate confiscate, în acest caz înregistrându-se o creștere față de anul 2007, de la 14 la 16 comprimate.

Grafic nr. 10-7: Confiscările de precursori și substanțe chimice esențiale, în intervalul 2003 – 2008



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, IGPR

Bunuri și valori confiscate

Autoritățile statului cu atribuții în domeniul reducerii ofertei de droguri au identificat și ridicat în vederea confiscării, de la persoanele implicate în activități ilegale cu droguri și precursori, 61.380 Euro (218.253 Euro în anul 2007), 957 dolari USA (11.078 în anul 2007), 28.026 RON (22.995.970 în anul 2007), 1,40 kg aur, bijuterii și alte obiecte din aur (4,24 kg în anul anul 2007), 17 autoturisme (17 autoturisme în anul 2007), bunuri și alte valori totalizând 6.045 RON (66.730 RON în anul 2007).

În baza prevederilor Legii nr. 381/2004, Agenției Naționale Antidrog i-au fost comunicate pe parcursul anului 2008, 174 sentințe penale, cu 23,68% mai puțin comparativ cu anul 2007 când au fost primite 228 hotărâri judecătorești definitive, prin care instanțele de judecată au dispus confiscarea a 114.657RON, 147.490€, 385\$, 20 lire turcești, 2 leva, 32 telefoane mobile precum și a diverse alte bunuri (100 buc. taloane provizorii de autoturisme, 71 cărți de identitate autoturisme, 30 taloane de circulație provizorii, 3 taloane auto, 7 asigurări internaționale - carte verde, 100 buc. documente tipizate auto, 1 copiator, 84 plăcuțe de înmatriculare auto, cântar electronic, cadru metalic).

10.2.3. Numărul laboratoarelor clandestine și alte locații de producție a drogurilor dezmebrate; cu indicarea tipurilor de droguri fabricate în acestea

În cursul anului 2008, pe teritoriul național nu au fost descoperite laboratoare clandestine destinate fabricării de droguri.

10.3 PREȚ/PURITATE

10.3.1. Prețul drogurilor la nivelul străzii

În intervalul de referință, prețurile de comercializare a drogurilor au variat în funcție de tendința manifestată la nivelul cererii pe piața ilicită:

- hașiș (rezină de cannabis) – prețul cu ridicata (en gros) a crescut de patru ori comparativ cu anul 2007 și este de aproximativ 13 ori mai mare în anul de referință față de prețul din 2004; prețul cu amănuntul este același ca și anul trecut și doar aproximativ de 2 ori mai mare față de 2004;
- cannabis iarbă (marijuana) - prețul cu amănuntul a crescut față de 2007 și este aproximativ de 2 ori mai mare față de 2004;
- cocaină - prețul cu ridicata (en gros) a scăzut comparativ cu anul anterior, ajungând în anul de referință la un preț similar cu cel din perioada 2004-2006; prețul cu amănuntul s-a menținut relativ stabil pe toată perioada;
- heroina - prețul cu ridicata (en gros) este mai mare față de anul anterior și, în plus, se observă din 2006 o tendință de scădere a diferenței dintre prețul maxim și cel minim; prețul cu amănuntul a crescut față de anul anterior și este de aproximativ trei ori mai mare decât în 2004;
- amfetamină – prețul cu ridicata (en gros) a crescut în 2006 pentru ca ulterior să se mențină stabil la valoarea maximă;
- ecstasy (MDMA) - prețul cu amănuntul s-a dublat în 2005 față de anul anterior, pentru ca ulterior să înregistreze o tendință de scădere astfel încât în anul 2008 se ajunge la o valoare similară cu 2004;
- LSD - prețul cu amănuntul s-a menținut relativ stabil în perioada 2004-2008.

Tabel nr. 10-6: Valorile minime și maxime ale prețurilor celor mai frecvent traficate droguri de pe piața ilicită din România, în perioada 2004-2008

Tipul drogului	2004	2005	2006	2007	2008
	Prețul cu ridicata (în Euro/kg, litru sau 1000 doze)				
Hașiș (rezină de cannabis)	600-800	1600-2500	1600-2500	2.200 – 2.400	8.000 – 10.000
Cannabis iarbă (marijuana)	1600-2500	600-800	1300 - 1500	1300 - 1500	-
Cocaină	35.000-50.000	35.000-50.000	35.000-50.000	12.000 – 44.000	35.000 – 55.000
Heroină	10.000-15.000	13.000-17.000	15.000-20.000	12.000 – 15.000	15.000 – 16.000
Amfetamină	3.000-4.000	3.000-4.000	3.000-5.000	5.000	5.000
Ecstasy (MDMA)	3.000-4.000	3.000-4.000	8.000-10.000	-	-
	Prețul cu amănuntul (în Euro/g sau pe o doză)				
Hașiș (rezină de cannabis)	4-6	4-6	4-6	7-9	7-9
Cannabis iarbă (marijuana)	2-4	5-7	2-4	6-7	8-14
Cocaină	60-120	80-120	80-150	80-120	80-120
Heroină	15-25	25-40	25-60	30-35	46-55
Amfetamină	5-10	7-13	7-13	10	-
Ecstasy (MDMA)	5-10	13-15	10-15	7-12	5-8
LSD (timbru)	20-30	20-30	30-35	33	33

Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, IGPR

10.3.2. PURITATEA ȘI COMPOZIȚIA DROGURILOR/TABLETELOR

Heroina are o puritate la nivelul străzii între 5 și 63%, puritatea medie fiind 21%. Pe piața românească este amestecată cu foarte multe substanțe, ale căror efecte pe termen mediu și lung asupra sănătății organismului în urma injectării, sunt necunoscute: neuroleptice, sedative, barbiturice (glutetimid, carbamazepină, benzodiazepine), codeină, talc, amidon, ness, cappuccino, cofeină, cafea, dar și alte substanțe cum ar fi praf de cărămidă, humă, etc.

Conform specialiștilor din cadrul Laboratorului Central de Analiză a Drogurilor din Inspectoratului General al Poliției Române (IGPR), la aceeași marfă provenită de la aceiași intermediari, puritatea fluctuează foarte mult, motiv pentru care, consumatorii obișnuiți să-și administreze o anumită doză, fac frecvent supradoză.

Ecstasy are o puritate medie de 40 mg pe comprimat. Compoziția cea mai frecventă: MDMA+cofeină, MDEA/MDA+cofeină, MCP+cofeină, (substanță care nu se află sub control), BZP/TFMPP. Se găsesc sub diferite logo-uri care se schimbă foarte des. Studiul *Consumul de droguri în spații recreative*, aplicat în anul 2008 în spațiul recreativ bucureștean, a identificat următoarele denumiri/logo-uri (cel mai frecvent menționate): *Armani, Rolex, Puma, Mitsubishi, Inimioara, Fluture, Dolar, Smiley*. Totuși, compoziția și fabricanții din spatele acestor logo-uri variază, astfel că, deși consumatorii cred că pastilele inscripționate cu un anumit logo ar fi mai puternice, asocierea dintre logo și puritate/un anumit compus chimic este doar un mit.

Cocaina. Puritatea cocainei ajunge, în medie, la 62%, dar s-au găsit și mostre conținând 18%. Cocaina de concentrație slabă este adusă, de regulă, din Spania. 10% din mostrele analizate de Laboratorul Central de Analiză din cadrul IGPR au fost diluate cu Levamisol (20%). În timp ce combinația dintre cocaină și heroină, *speed ball*, și-a făcut apariția pe piața bucureșteană, cocaina de tip *crack* nu a fost identificată în Laborator.

Cannabis. Hașișul analizat în Laboratorul Central de Analiză din cadrul IGPR avea o concentrație medie a THC de 8,3%, cu extreme între 4% și 16%. Laboratorul nu efectuează analiza THC conținut în marijuana, legislația permițând în acest caz incriminarea traficantilor fără a face dovada pericolozității plantei. Speciile de cannabis cu THC foarte puternic, *skunk*, sau cele produse în sere hidroponice sunt mai puțin întâlnite în România, deși se menționează apariția “în valuri” a unor cantități de marijuana cu concentrație de THC ridicat. În ultimul timp s-a semnalat existența unor loturi de marijuana stropite cu canabinoizi sau opiacee sintetice.

Amfetamina este comercializată frecvent sub numele de *speed*. Potrivit informațiilor primite de la Laboratorul Central de Analiză din cadrul IGPR conținutul cel mai frecvent întâlnit în cazul amfetaminelor este sulfatul de amfetamină. În anul 2008 nu s-au efectuat analize cantitative privind puritatea amfetaminei. Un medicament din clasa amfetaminelor, prezent pe piața farmaceutică din România, este Regenonul. Acest medicament conține amfepramonă, un derivat al amfetaminei care, în cantități mari (10-20 cp), combinat cu alcool sau cafea, este apreciat de consumatorii care încearcă să folosească alternative ieftine ale drogurilor.

Tabel nr. 10-7 Puritatea și compoziția drogurilor/tabletelor la nivelul străzii

Heroina	Cocaina	Amfetamina	Ecstasy	Cannabis Resin	Cannabis Marijuana
Medie 21%	Medie 62%	Sulfat de		Medie 8,3%	Nu s-au analizat
Max 63%	Max 87%	amfetamina	40mg/cp	Max 16%	cantitativ mostre de
Min 5%	Min 18%	(analiză calitativă)		Min 4%	marijuana

Sursa: Laboratorul Central de Analiză a Drogurilor, IGPR

PARTEA B. TEME DE INTERES EUROPEAN

Capitolul 11 – Piața de cannabis și producția de cannabis

PRODUCȚIA NAȚIONALĂ ȘI CONFISCĂRILE CULTURILOR ILICITE DE CANNABIS

În România, de-a lungul ultimilor ani, au fost identificate puține culturi locale de cannabis. Astfel, conform datelor puse la dispoziție de Direcția Antidrog din cadrul Inspectoratului General al Poliției Române, în cursul anilor 2007 și 2008, nu au fost identificate culturi ilicite de plante cu conținut stupefiant. Totuși, culturi ilicite de plante de cannabis/câneapă au fost descoperite de autoritățile de control în anul 2006 - 8 culturi dintre care două sere hidroponice (pe o suprafață de 400 m²) și în 2005 -16 culturi ilicite de câneapă, pe diverse suprafețe de teren, însumând 12,18 ha. Din analiza realizată cu privire la caracterul ilicit al culturilor de câneapă a rezultat faptul că acesta se datorează cu precădere lipsei de preocupare în obținerea autorizațiilor prevăzute de lege și mai puțin intenției de a produce droguri.

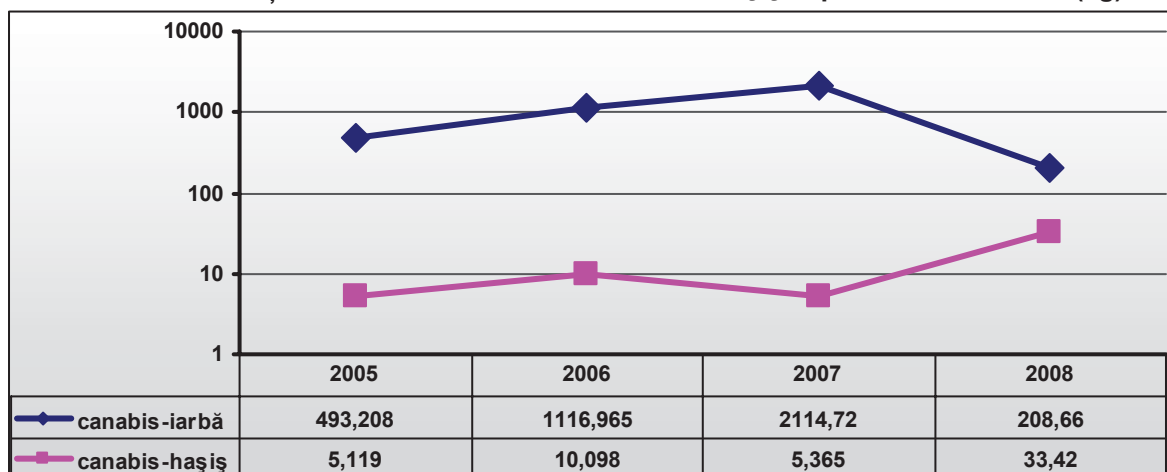
Nu au fost identificate magazine de tip *grow shop* care oferă ingredientele și instrucțiunile necesare cultivării domestice a plantelor de cannabis.

CAPTURI

Potrivit datelor puse la dispoziție de Direcția Antidrog din cadrul Direcției Generale de Combatere a Criminalității Organizate, în anul 2008 au fost ridicate în vederea confiscării 33,42 kg rezină de cannabis (hașiș) și 208,66 kg cannabis-iarbă.

Comparativ cu anul precedent, se remarcă o creștere de aproximativ 6 ori a cantității de rezină de cannabis înregistrată în cursul anului 2008, de la 5,365 kg la 33,42 kg. În ceea ce privește cantitatea de cannabis, aceasta a suferit o scădere de aproximativ 10 ori față de anul 2007 de la 2.114,720 la 208,66 kg. Aceste aspecte sunt evidențiate mai jos:

Grafic nr. 11-1: Evoluția confiscărilor de cannabis–iarbă/hașiș în perioada 2005-2008 (kg)



Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, IGPR

Indicatorul *număr de capturi* evidențiază o situație ușor diferită de cea conturată de indicatorul *cantitate confiscată* în sensul conturării unei linii ascendente și în cazul cannabisului-iarbă, nu doar a rezinei de cannabis. Astfel, comparativ cu anul 2007, în anul 2008 se remarcă o creștere cu 39,58% a numărului de capturi de cannabis, de la 427 la 596 capturi și cu 49,70% a numărului de capturi de rezină de cannabis, de la 338 la 506 capturi.

Rutele cannabisului

Conform capturilor din ultimii 5 ani se pot stabili câteva rute dominante prin care cannabisul ajunge în România:

- pentru rezina de cannabis: MAROC-SPANIA-ITALIA-AUSTRIA-UNGARIA-ROMÂNIA pentru aproximativ 85% din cantitatea confiscată de cannabis rezină. Restul de 15% ajunge în România din Republica Moldova;
- pentru cannabis iarbă: 80% din cantitatea confiscată ajunge pe ruta AFGANISTAN-PAKISTAN-GEORGIA-MOLDOVA, iar restul de 20% provine din Republica Moldova și Turcia.

Politici/Legi privind producția și consumul de cannabis

Legea nr. 143/2000 modificată prin Legea nr. 522/2004 prevede la *articolul 4 următoarele: Cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, cumpărarea sau deținerea de droguri de risc pentru consum propriu, fără drept, se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 2 ani sau amendă.*

Cannabisul este considerat drog de risc fiind stipulat în tabelul II în anexele legii 143/2000, dar legea nu prevede o concentrație a substanței active (THC), astfel că persoana care *cultivă, produce, fabrică, experimentează, extrage, prepară, transformă, cumpără sau deține* în mod ilicit ...etc cannabis sub orice formă (rezină, plantă sau muguri) se supune măsurilor punitive precizate în această lege fără a fi nevoie de analiza compoziției chimice a produsului pentru care este încredințat.

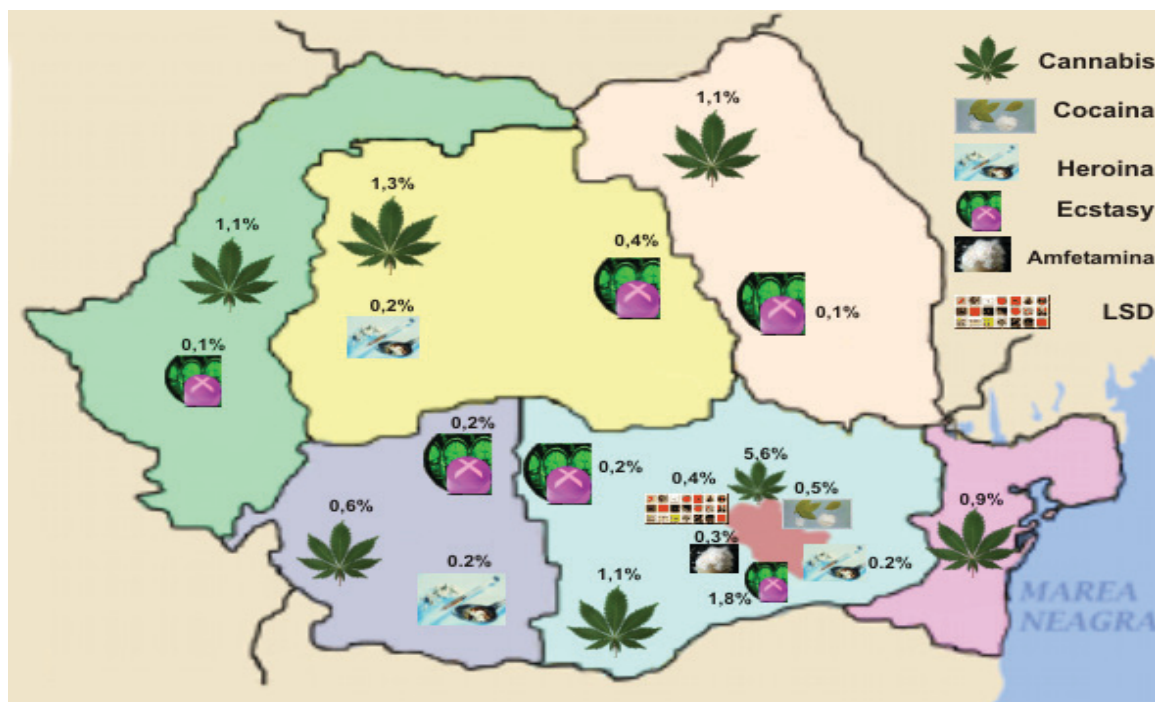
În același timp, conform legii 339/2005⁸², utilizarea cannabisului în scopuri medicale poate fi făcută în urma autorizării organelor competente.

Indicatori ai nivelului consumului de cannabis

Nu există studii aprofundate care să abordeze consumul pe diferitele tipuri de produse ale cannabisului dar dacă ne referim la cannabis în general, conform studiului în populația generală (GPS) din 2007, prevalența de-a lungul vieții a consumului de cannabis este de 1,5% în scădere față de 2004 când se înregistra o prevalență de-a lungul vieții de 1,7%.

Această valoare reprezintă cel mai înalt nivel al prevalenței consumului unui drog ilicit întâlnită la nivelul populației generale, în România. În funcție de distribuția pe regiuni, cannabisul este prezent în toate regiunile principale ale țării. Cel mai înalt nivel al prevalenței se înregistrează în capitală (5,6%), iar în Dobrogea (0,9%) este singurul drog consumat. În restul regiunilor nivelul prevalențelor înregistrează următoarele valori: 1,3% în Transilvania, 1,1% în Muntenia, Moldova, Banat-Crișana-Maramureș și 0,6% în Oltenia.

Harta nr. 11-1: Prevalența diferitelor droguri de-a lungul vieții în populația generală, în funcție de regiune, 2007



Sursa: ANA/IGPR

În funcție de grupa de vârstă, așa cum se observă în tabelul de mai jos, cannabisul este experimentat de populația de toate vârstele dar cu precădere de populația tânără, 15-34 ani.

⁸² care reglementează regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope psihotrope care prezintă interes în medicină, supuse unui control strict

Tabel nr.11-1: Prevalența consumului de cannabis de-a lungul vieții, în funcție de grupa de vârstă, 2007

	Grupa de vârstă (ani)					Total
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-64
Cannabis	3,7%	2,2%	0,8%	0,2%	0,1%	1,5%

Sursa: ANA/IGPR

Date cu privire la consumul de cannabis în rândul tinerilor (15-16 ani) avem și din studiul ESPAD 2007 (al 3-lea astfel de studiu desfășurat în România) și care indică o prevalență a consumului de cannabis de 3%, în creștere față de 2003 (2,6%) și 1999 (1,3%). În funcție de variabila sex, tinerii de sex masculin au o prevalență a consumului de cannabis mai ridicată: 5% față de 2% în cazul celor de sex feminin. În tabelul de mai jos sunt prezentate și date comparative cu Europa per ansamblu. Datele prezentate situează România mult sub media Europeană în privința consumului de declarat de cannabis.

Tabel nr.11-2: Prevalența consumului de marijuana sau hașiș de-a lungul vieții, România și Europa (ESPAD 1999, 2003, 2007)

România	1999	2003	2007	Europa	1999	2003	2007
Total	1	3	4	Total	17	22	19
Băieți	2	4	5	Băieți	20	25	22
Fete	1	2	2	Fete	14	19	16

Sursa: ANA/IGPR

Dacă corelăm datele prezentate în această secțiune cu cele obținute la capturi (în anul 2008, 14% din capturi au reprezentat cannabis rezină, restul fiind cannabis iarbă, iar în anii precedenți aceste proporții au fost relativ constante), se poate afirma că, în România, piața de consum a cannabisului este o piață preponderent a ierbii de cannabis.

Preț

Conform datelor oferite de *Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, IGPR* în cazul prețului en gros practicat pentru rezina de cannabis se observă o tendință, de creștere la nivelul anului 2008 (a variat între 8.000 – 10.000 Euro/kg). Nu se poate spune același lucru despre prețul cu amănuntul, acesta menținându-se în intervalul înregistrat la nivelul anului 2007 și anume între 7 – 9 Euro/g. Prețul practicat la nivelul străzii, pentru un gram de iarbă de cannabis a variat între 8 – 14 Euro/g evidențiind o creștere față de anul 2007 când intervalul de variație a fost între 6 -7 Euro/g.

Per ansamblu după cum se poate observa în tabelul de mai jos în ultimii 4 ani se identifică o tendință de creștere a prețului atât la rezina de cannabis cât și la marijuana (iarba de cannabis). Tendința este evidentă la prețurile înregistrate la nivelul străzii dar este confirmată și de prețurile cu ridicata (*en gros*).

Tabel nr.11-3: Valorile minime și maxime ale prețurilor cannabis, 2005-2008

	Hașiș (rezină de cannabis)				Marijuana (iarbă de cannabis)			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Prețul en gros (în Euro/kg)	1600-2500	2500-3500	2200-2400	8.000 – 10.000	600-800	800	1.300 – 1.500	
Prețul cu amănuntul (în Euro/g)	6	5 – 6	7 - 9	7 – 9	7	4	6-7	8-14

Sursa: Direcția de Combatere a Criminalității Organizate, IGPR

Disponibilitatea cannabisului pe piață (disponibilitate percepută de populație)

Conform studiului în populația generală⁸³, realizat de Agenția Națională Antidrog în anul 2007, în privința disponibilității drogurilor pe piață, un procent mai mare de 20% din populația generală cu vârstă cuprinsă între 15 și 64 ani a declarat că este ușor să îți procuri diferite droguri în termen de 24 de ore:

Tabel nr.11-4: Dificultatea obținerii drogurilor ilegale în termen de 24 de ore, 2007

	Dificil	Ușor
Hașiș/Marijuana	73,3%	26,7%
Cocaină	77,4%	22,6%
Heroină	77,1%	22,9%
Ecstasy sau alte droguri de sinteză	75,2%	24,8%
LSD, acizi	77,4%	22,6%

Sursa: ANA/IGPR

După cum se observă cannabisul este cel mai „ușor de procurat drog” atât la nivel național cât și pentru fiecare regiune din România, în parte.

Tabel nr.11-5: Dificultatea obținerii drogurilor ilegale în termen de 24 de ore, în funcție de regiune, 2007 (pentru răspunsul „ușor de procurat”)

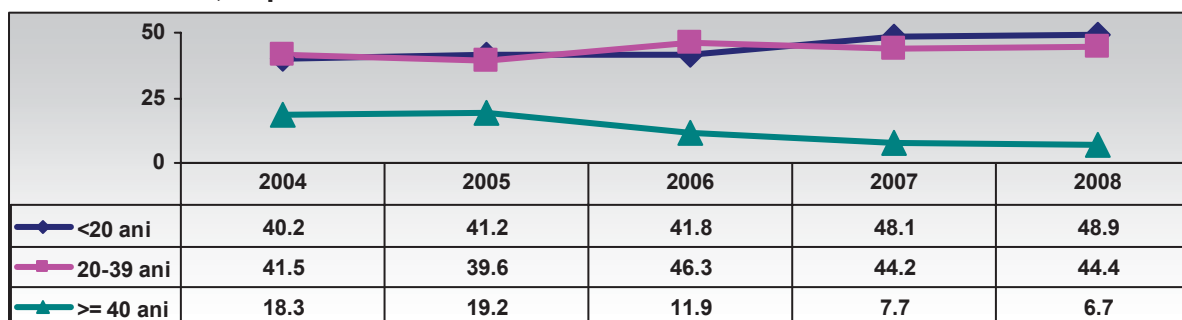
	Cannabis	Ecstasy	Cocaină	LSD	Heroină
București	42%	37,9%	33%	32,1%	35,2%
Dobrogea	34,8%	31,7%	28,2%	29,5%	29,5%
Muntenia	29%	27,7%	26,2%	26,5%	25,8%
Oltenia	28,2%	25%	22,8%	23,2%	23,3%
Banat-Crișana-Maramureș	26,7	24,7%	22,5%	21,2%	22,2%
Transilvania	25,5%	23,8%	21,1%	21,8%	21,3%
Moldova	16%	15,3%	14,7%	14,2%	14,8%

Sursa: ANA/IGPR

Capitolul 12 – Tratamentul și asistența consumatorilor de droguri în vârstă

În România, fenomenul consumului de droguri a început să devină o problemă doar în urma schimbărilor socio-politice din anii '90, o contribuție semnificativă în acest sens având-o creșterea disponibilității drogurilor prin „deschiderea granițelor”. Inițial țară de tranzit pentru droguri, România a devenit, în timp, și țară de consum. Datele disponibile până în prezent arată o incidență scăzută a consumului de droguri la persoanele în vârstă de peste 40 de ani și faptul că, principala categorie de populație vulnerabilă la consumul de droguri, este cea a tinerilor care, spre deosebire de populația matură, este mult mai deschisă la nou, mai predispusă la noi experiențe, la risc. De asemenea, persoanele care au în prezent peste 40 de ani aveau în anul 1989 minimum 20 de ani, iar analiza admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive, în funcție de vârsta de debut, indică un risc crescut de consum pentru tinerii până în 20 de ani

Grafic nr. 12-1: Evoluția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive, în funcție de vârsta de debut, în perioada 2004-2008



Notă: % din total cazuri cu vârsta de debut precizată (2004 -1384, 2005 -1460, 2006 – 1269, 2007- 1746, 2008 – 1698)

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

A. Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite în unitățile medicale din rețeaua Ministerului Sănătății⁸⁴

În anul 2008, în centrele de asistență ale Ministerului Sănătății, au beneficiat de tratament un număr de 256 de persoane cu vârsta peste 40 de ani dintre care:

- 41% sunt cazuri care au mai fost tratate anterior și 59% reprezintă cazuri noi;
- 38,7% sunt persoane de sex masculin și 61,3% de sex feminin;
- 17,2% au vârsta între 40-44 de ani, 18,8% între 45-49 de ani, 19,9% între 50-54 de ani, 15,2% între 55-59 de ani, 10,5% între 60 și 64 de ani, iar 18,4% peste 65 de ani.

Evoluția admitterilor la tratament, în unitățile medicale ale Ministerului Sănătății, în funcție de vârstă, în perioada 2002-2008, arată că proporția persoanelor cu vârsta peste 40 de ani, care au solicitat tratament pentru consumul de substanțe psihoactive, a crescut până în anul 2005, la o valoare triplă față de anul 2002, pentru ca ulterior să scadă și să se mențină relativ constant, la aproximativ 17%.

Tabel nr. 12-1: Evoluția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive, în centrele MS, în funcție de vârstă, în perioada 2002-2008

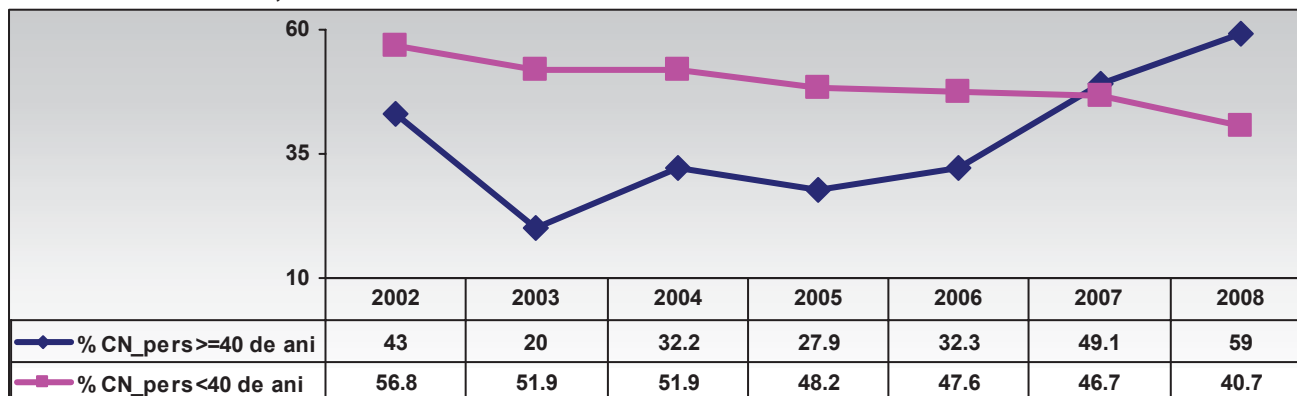
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
nr. total persoane	1905	2070	1502	1538	1350	1396	1522
Din care							
< 40 de ani	1733	1596	1148	1105	1118	1162	1266
> 40 de ani	172	474	354	433	232	234	256
% pers.> 40 de ani din total	9.0	22.9	23.6	28.2	17.2	16.8	16.8

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Se observă însă că, dacă pentru persoanele sub 40 de ani proporția cazurilor noi are o tendință de scădere constantă, pentru cele peste 40 de ani a existat o evoluție oscilantă până în anul 2005, pentru ca în ultimii ani să crească constant, astfel încât în anul 2008 proporția persoanelor care solicitau pentru prima dată tratament este mai mare decât cea a recidivelor.

⁸⁴ Alcoolul și tutunul nu fac obiectul prezentei analize

Grafic nr. 12-2: Evoluția proporției cazurilor noi din total admiteri la tratament pentru substanțe psihoactive, în funcție de vârstă, în perioada 2002- 2008 (%)



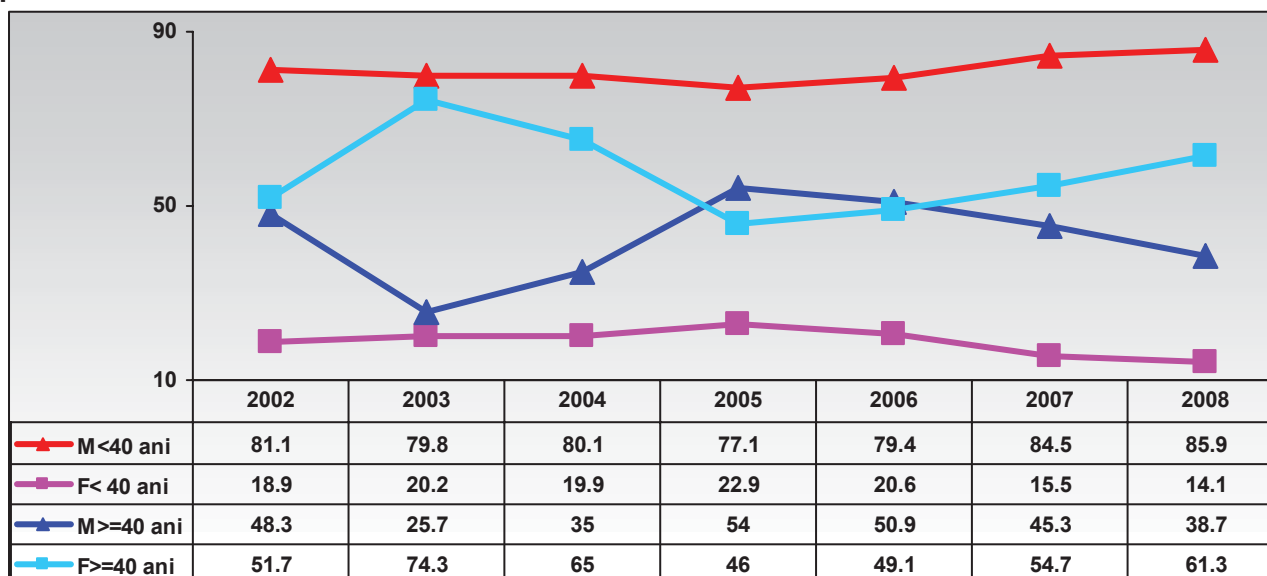
Notă: diferența până la 100% reprezintă recidivele

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Analizând evoluția admitterilor la tratament, pentru aceeași perioadă, în funcție de vârsta și sexul consumatorului se constată că:

- pentru persoanele tinere, sub 40 de ani, majoritatea sunt bărbați și proporția acestora este în creștere astfel încât în 2008 se ajunge la un raport de 6 persoane de sex masculin la o persoană de sex feminin;
- pentru persoanele de 40 de ani și peste situația este mai echilibrată. Astfel, deși cu excepția anilor 2005 și 2006, proporția femeilor este mai mare decât cea a bărbaților, raportul femeii/bărbați este în 2008 de 1,6 persoane de sex feminin la o persoană de sex masculin (cele mai mari rapoarte se înregistrează în 2003 - 2,9 și 2004 - 1,9).

Grafic nr.12-3: Evoluția admitterilor la tratament în funcție de vârstă și sexul consumatorului, în perioada 2002-2008

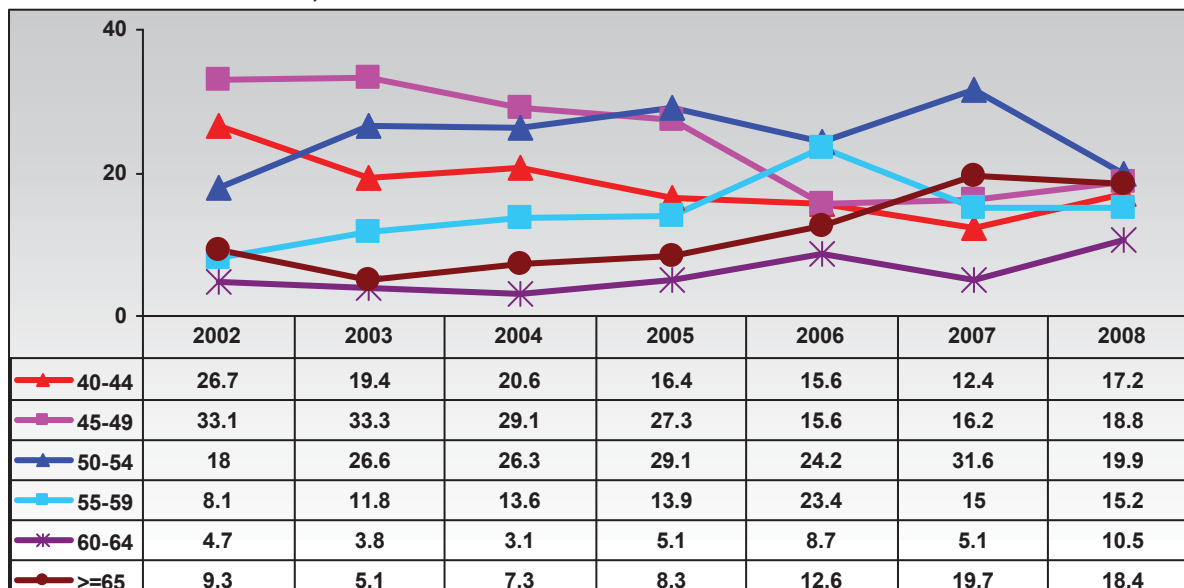


Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

În funcție de grupa de vârstă, pentru perioada 2002-2008, se observă:

- o scădere a admitterilor la tratament pentru persoanele de 40-44 de ani (de la 26,7% la 17,2%) și cele de 45-49 de ani (de la 33,1% la 18,8%);
- o dublare a admitterilor la tratament pentru persoanele de peste 55 de ani: de la 8,1% la 15,2% pentru cele de 55-59 de ani, de la 4,7% la 10,5% pentru 60-64 de ani și de la 9,3% la 18,4% pentru cele peste 64 de ani.

Grafic nr. 12-4: Evoluția admitterilor la tratament pentru persoanele cu vârsta peste 40 de ani, în centrele MS, în funcție de grupa de vârstă, în perioada 2002-2008

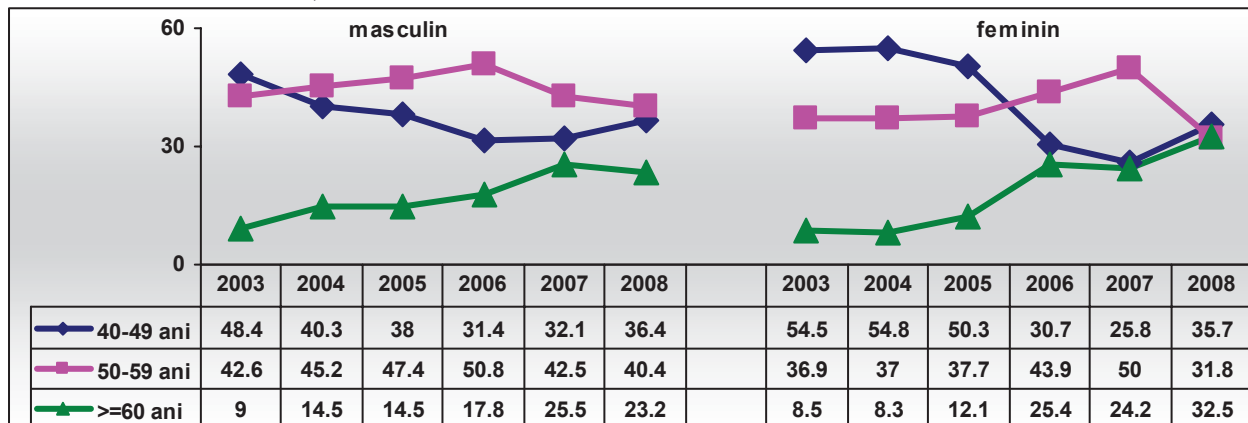


Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

Analiza în funcție de grupa de vârstă și sexul consumatorului arată că:

- pentru bărbați - cele mai multe admitteri la tratament sunt pentru persoanele de 50-59 de ani pentru care se înregistrează însă, în ultimii ani, o tendință de scădere, iar pentru cele cu vârsta de 60 de ani și peste, deși reprezintă cea mai mică proporție, există o tendință de creștere;
- pentru femei – dacă în anul 2003 mai mult de jumătate dintre solicitările de tratament aparțineau persoanelor cu vârsta între 40 și 49 de ani, în anul 2008 există o distribuție aproximativ egală pe cele 3 grupe de vârstă.

Grafic nr. 12- 5: Evoluția admitterilor la tratament pentru persoanele cu vârsta peste 40 de ani, în centrele MS, în funcție de grupa de vârstă și sexul consumatorului, în perioada 2003-2008



Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

În funcție de tipul de drog consumat, în anul 2008, distribuția admitterilor la tratament pentru persoanele de peste 40 de ani este următoarea:

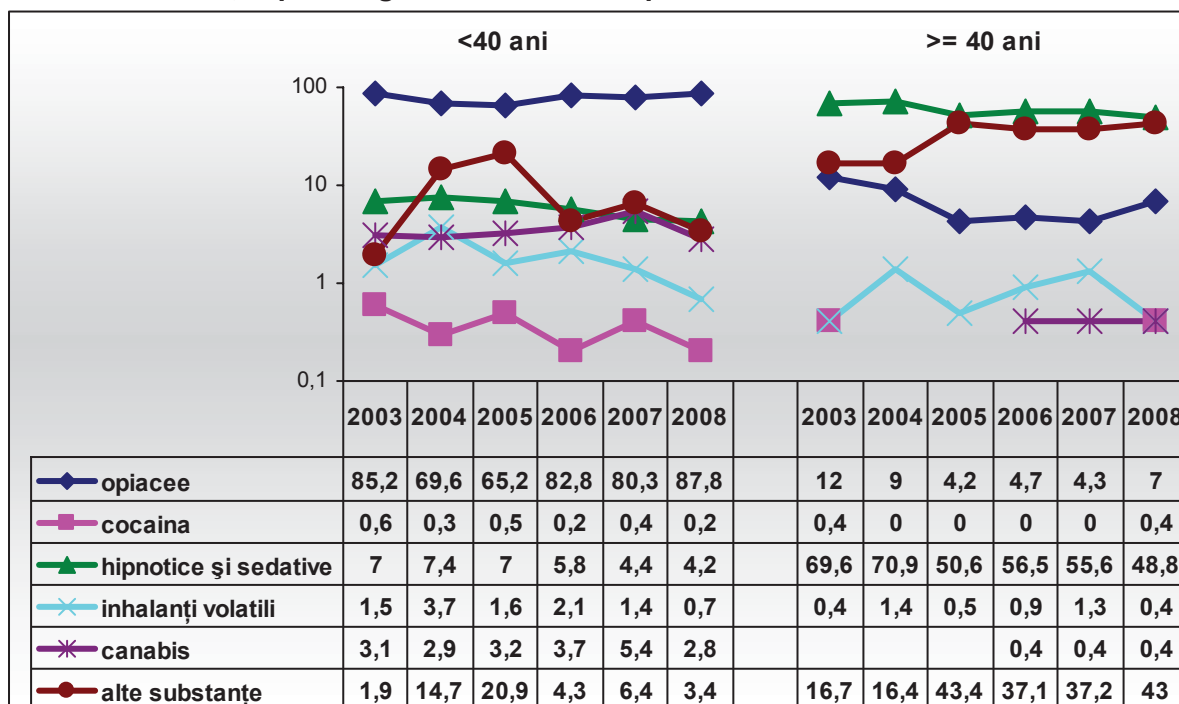
- aproximativ jumătate (48,8%) au fost pentru hipnotice și sedative: 44,1% - benzodiazepine, 1,2% - barbiturice și 3,5% pentru alte hipnotice și sedative;
- 43% au fost pentru alte substanțe (ex.: Antalgice, Antidepresive, Anxiolitice, Distonocalm, Fasconal, Meprobamat, Romparkin etc.);
- 7% pentru opiacee dintre care 2,7% pentru heroină;
- și cu câte 0,4% fiecare: cocaină, cannabis și inhalanți volatili.

Spre deosebire de persoanele până în 40 de ani nu au existat admiteri la tratament pentru stimulante și halucinogene.

Comparativ cu persoanele până în 40 de ani, se observă diferențe în privința tipului de drog pentru care s-a solicitat tratament:

- majoritatea adolescenților și tinerilor au solicitat tratament pentru consumul de opiacee;
- pentru persoanele adulte, de peste 40 de ani, majoritatea solicitărilor sunt pentru hipnotice și sedative și alte substanțe și într-o proporție mică pentru opiacee sau alte droguri.

Grafic nr. 12-6: Evoluția admitterilor la tratament, în centrele MS, în funcție de vârstă, sexul consumatorului și tipul drogului consumat, în perioada 2003-2008



Diferența până la 100% reprezintă halucinogene și stimulante

Sursa: Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic din Domeniul Sănătății

B. Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite în rețeaua centrelor de prevenire, evaluare și consiliere antidrog

În Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog au fost asistați, în 2007- 2008, un număr de 895 consumatori de substanțe ilicite⁸⁵, dintre care doar 22 de persoane au avut vârste peste 39 de ani.

Tabel nr. 12-2: Evoluția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive, în centrele ANA (CPECA), în funcție de vârstă, în 2007-2008

	Total <40 ani	Total >=40 ani	Dintre care						neprecizat	Total
			40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>=65		
2007	475	10	9	1	0	0	0	0	10	495
2008	422	12	9	1	1	1	0	0	6	440

Sursa: ANA/IGPR

⁸⁵ Alcoolul și tutunul nu fac obiectul prezentei analize

PARTEA C. BIBLIOGRAFIE ȘI ANEXE

BIBLIOGRAFIE

1. ANA; Botescu, Andrei (coord.), (2009) - Prevalența consumului de droguri în spații recreative Raport studiu
2. ANA; Lefter, Aurora (coord.), (2009) - Prevalența consumului de droguri în rândul elevilor din învățământul preuniversitar din județul Buzău. Raport studiu (<http://www.ana.gov.ro/rom/index.php>)
3. ANA (Agenția Națională Antidrog). (2008). Anchetă referitoare la prevalența infecțiilor HIV și/sau VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile din București aflați în tratament și programele de schimb de seringi. Raport studiu.
4. ANA (2008) - Prevalența consumului de droguri în România – Studiu în populația generală 2007. Raport studiu.
5. ANA (2008) - Prevalența consumului de droguri în rândul persoanelor care practică sexul comercial. Raport studiu.
6. ANA- Lefter, Aurora (2008) - Evaluarea serviciilor oferite consumatorilor de droguri în Mitulescu, Sorin (coord.) - Studii în domeniul tineretului – traiectorii și stiluri de viață, Ed. Didactică și Pedagogică, București
7. Codul Penal/Codul de Procedură Penală, ediția a II-a actualizată (2001), Editura Rosetti
8. Hotărârea de Guvern nr. 1.102 din 18 septembrie 2008 privind aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri - 2009-2012 (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 675 din 1 octombrie 2008)
9. Hotărârea de Guvern nr. 1.101 din 18 septembrie 2008 privind aprobarea Programului de interes național de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri - 2009-2012 (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 672 din 30 septembrie 2008)
10. Hotărârea de Guvern nr. 358/26.03.2008, pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor de droguri, precum și pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1489/2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog, Emitent Guvernul, MO nr. 269/04.04.2008
11. Hotărârea de Guvern nr. 357 din 26 martie 2008 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2008 (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 249 din 31 martie 2008)
12. Hotărârea de Guvern nr. 282 din 12 martie 2008 pentru completarea tabelului I din anexa la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 206 din 18 martie 2008)
13. Hotărârea de Guvern nr. 324/28.03.2007 pentru aprobarea Strategiei naționale de management integrat al frontierei de stat a României în perioada 2007-2010, Emitent Guvernul, MO nr. 249/13.04.2007
14. Hotărârea Guvernului nr. 1873/21.12.2006 pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 1489/2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog, Emitent Guvernul, MO nr. 8/05.01.2007
15. Hotărârea Guvernului nr. 1915/22.12.2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; Emitent Guvernul, MO nr. 18/11.01.2007
16. Hotărârea de Guvern nr. 323 din 14 aprilie 2005 privind aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale Antidrog în perioada 2005-2008, (publicată în Monitorul Oficial nr. 376 din 4 mai 2005)
17. Hotărârea Guvernului nr. 73/2005 privind adoptarea Strategiei Naționale Antidrog 2005-2012, Emitent: Guvernul; MO nr. 112/03 februarie 2005
18. Hotărârea de Guvern nr. 1342/22.09.2004 privind aprobarea Strategiei naționale pentru implementarea, controlul și prevenirea cazurilor de infecție cu HIV/SIDA în perioada 2007-2007, Emitent Guvernul, MO nr. 865/22.09.2004
19. INML (Institutul Național de Medicină Legală). (2009). Raportul asupra activității rețelei de Medicină Legală în anul 2008
20. Labăr, A. V. (2008). SPSS pentru științele educației. Ed. Polirom. Iași
21. Legea nr. 286 din 17 iulie 2009 privind Codul penal (publicată în Monitorul Oficial nr. 510 din 24 iulie 2009)
22. Legea nr. 222 din 28 octombrie 2008 pentru modificarea și completarea Legii nr. 302/2004 privind cooperarea judiciară internațională în materie penală (emitent Parlamentul, publicată în Monitorul Oficial nr. 758 din 10 noiembrie 2008)
23. Legea nr. 186/13.06.2007 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor de droguri, Emitent Parlamentul, MO nr. 425/26.06.2007
24. Legea nr. 317/13.11.2007 pentru ratificarea Protocolului adițional, semnat la București la 29 septembrie 2006, la Scrisoarea de înțelegere dintre Guvernul României și Guvernul Statelor Unite ale Americii privind controlul drogurilor și aplicarea legii, semnată la București la 3 iulie 2001, Emitent Parlamentul, MO nr. 791/21.11.2007

25. Legea nr. 339/2005 care reglementează regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope care prezintă interes în medicină, supuse unui control strict
26. Legea nr. 522/24.11.2004 pentru modificarea și completarea Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, Emitent Parlamentul, MO nr. 1155/07.12.2004
27. Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 20 din 11/03/2009 pentru modificarea art. 13 alin. (2) și (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 30/2007 privind organizarea și funcționarea Ministerului Administrației și Internelor și pentru reorganizarea unor unități din subordinea Ministerului Administrației și Internelor (emitent Guvernul, publicată în Monitorul Oficial nr. 156 din 12 martie 2009)
28. Ordonanța de urgență nr. 121/21.12.2006 care abrogă Legea nr. 300/2002 privind regimul juridic al precursorilor folosiți la fabricarea ilicită a drogurilor, Emitent Guvernul, MO nr. 1039/28.12.2006
29. Ordonanța de Guvern nr. 92/29.08.2000 privind organizarea și funcționarea serviciilor de reintegrare socială a infractorilor și de supraveghere a executării sancțiunilor neprivative de libertate, emitent Guvernul, MO nr. 423/01.09.2000
30. Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1218/427/2008; Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1386/522/2008; Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1612/670/2008; Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 2095/890/2008
31. Ordinul Nr. 574/269 din 31 martie 2008 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2008
32. Ordinul nr. 356 din 11 februarie 2008 privind modificarea Ordinului vicepreședintelui Agenției Naționale de Administrare Fiscală (ANAF) nr. 9.250/2006 pentru aprobarea Normelor privind funcționarea Laboratorului vamal central și modalitatea de efectuare a analizelor (emitent Agenția Națională de Administrare Fiscală - Autoritatea Națională a Vămilelor, publicat în Monitorul Oficial nr. 130 din 19 februarie 2008)
33. Ordinul ministrului internelor și reformei administrative nr. 192/17.04.2007 și ordinul ministrului sănătății publice nr. 770/04.05.2007, Emitent Ministerul Internelor și Reformei Administrative și Ministerul Sănătății, MO nr. 344/21.05.2007
34. Ordinul nr. 374/10.04.2006 privind aprobarea Strategiei în domeniul sănătății mintale, Emitent Ministerul Sănătății, MO nr. 373/02.05.2006
35. Regulamentul (CE) nr. 273/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 11 februarie 2004 privind precursorii de droguri (publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene nr. L 47 din 18 februarie 2004), Regulamentul nr. 111/2005 al Consiliului din 22 decembrie 2004 privind supravegherea comerțului cu precursori de droguri între Comunitate și statele terțe (publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene nr. L 22 din 26 ianuarie 2005), Regulamentul (C.E.) nr. 1277/2005 al Comisiei din 27 iulie 2005 privind aplicarea Regulamentului 273/2004 și a Regulamentului 111/2005 (publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene nr. L 202 din 3 august 2005)

SITE-URI RELEVANTE CONSULTATE

- ✓ <http://www.ana.gov.ro> , site-ul Agenției Naționale Antidrog
- ✓ <http://www.aliatong.ro>, site-ul ONG ALIAT
- ✓ <http://www.afladec.ro>, site dedicat Hepatitei Virale C
- ✓ <http://www.ccmromania-gfatm.com>, site-ul Consiliului de Coordonare al Fondului Global
- ✓ <http://www.cdep.ro>, site-ul Camerei Deputaților
- ✓ <http://www.cnlas.ro>, site-ul Comisiei Naționale de Lupta Anti-SIDA
- ✓ <http://www.educatiepentrusanatate.ro>
- ✓ <http://www.emcdda.europa.eu>, site-ul Centrului European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de Droguri
- ✓ <http://europa.eu.int/servlet/>, EurLex: site cu noutăți legislative europene
- ✓ <http://www.incb.org/> - site-ul Biroului Internațional pentru Controlul Stupefiantelor
- ✓ http://www.indaco.ro/resurse_pr7.html - site cu noutăți legislative
- ✓ www.just.ro, site-ul Ministerului Justiției
- ✓ <http://www.legmed.ro> , site-ul Rețelei Naționale de Medicină Legală din România
- ✓ <http://www.mtc.ro> mec, site-ul Ministerului Educației și Cercetării
- ✓ www.mfinanțe.ro, site-ul Ministerului de Finanțe
- ✓ <http://www.ms.ro> , pagina de web a Ministerului Sănătății și Familiei
- ✓ <http://www.pmu-wb-gf.ro>, site-ul Programului Fondului Global pentru România
- ✓ <http://www.presspro-medic.ro/> Revista online Medic.ro
- ✓ <http://www.raa.ro> , pagina de web a organizației nonguvernamentale Romanian Angel Appeal
- ✓ <http://www.reitox.emcdda.eu.int>, extranetul Rețelei de informare a Punctelor Naționale Focale cu privire la droguri
- ✓ www.rhrn.ro, site-ul Rețelei Române de Reducere a Riscurilor
- ✓ <http://www.salvaticopiii.ro>, site al organizației nonguvernamentale Salvați Copiii România
- ✓ <http://www.un.ro/un aids.html>, site-ul Biroului Națiunilor Unite în România

- ✓ <http://www.unaids.org>, site-ul Programului Comun al Națiunilor Unite cu privire la HIV/SIDA
- ✓ <http://www.en.wikipedia.org> - enciclopedia on-line

LISTA TABELELOR, GRAFICELOR ȘI HĂRȚILOR UTILIZATE ÎN TEXT

Lista Tabelelor utilizate în text

Tabel nr. 1-1	Bugetul alocat Agenției Naționale Antidrog 2004 - 2008
Tabel nr. 1-2	Bugetul prevăzut pentru Agenția Națională Antidrog pentru anul 2008 pentru implementarea activităților din domeniul reducerii cererii sau ofertei de droguri
Tabel nr. 1-3	Structura programelor naționale de sănătate, 2008
Tabel nr. 2-1	Prevalența consumului de substanțe psihoactive de-a lungul vieții, în rândul populației școlare (%)
Tabel nr. 2-2	Prevalența consumului de droguri în spații recreaționale
Tabel nr. 2-3	Asocierea prevalenței consumului de droguri de-a lungul vieții cu variabilele “grupe de vârstă” și “sex”
Tabel nr. 2-4	Asocierea prevalenței consumului de droguri de-a lungul vieții cu variabila “nivel de studii”
Tabel nr. 2-5	Vârsta medie de debut în consumul de droguri
Tabel nr. 2-6	Distribuția prevalenței consumului de droguri de-a lungul vieții în funcție de stilul de muzică preferat (%)
Tabel nr. 4-1	Estimarea (în cifre absolute și rată) numărului de consumatori problematici de droguri în București, utilizând metoda multiplicatorilor (2007, 2008)
Tabel nr. 5-1	Tipurile de servicii disponibile pentru consumatorii de droguri în 2008
Tabel nr. 5-2	Raportul cazuri noi/recidive pentru perioada 2001- 2008
Tabel nr. 5-3	Raportul bărbați/ femei admiși la tratament în perioada 2001- 2008
Tabel nr. 5-4	Distribuția admitterilor la tratament în funcție de drogul principal pentru care s-a solicitat asistență, sexul consumatorului și tipul admitterii, 2008 (%)
Tabel nr. 5-5	Distribuția admitterilor la tratament în funcție de vârstă și sex, 2008 (%)
Tabel nr. 5-6	Distribuția admitterilor la tratament în funcție de vârsta de debut, drogul principal pentru care s-a solicitat asistență și sexul consumatorului, 2008 (%)
Tabel nr. 5-7	Distribuția admitterilor la tratament în funcție de frecvența consumului, 2008 (%)
Tabel nr. 5-8	Evoluția proporției de consumatori de droguri care au un consum zilnic, pe tip de drog, în perioada 2004-2008 (%)
Tabel nr. 5-9	Evoluția proporției de consumatori de droguri cu policonsum, total și pe tip de drog, în perioada 2005-2008 (%)
Tabel nr. 5-10	Evoluția admitterilor la tratament pentru consumatorii de droguri care au în antecedente consum prin injectare (toate drogurile) și al celor care consumă heroină (indiferent de calea de administrare), în perioada 2004- 2008 (nr. pers. și %)
Tabel nr. 5-11	Evoluția admitterilor la tratament pentru consumatorii de droguri care au în antecedente consum prin injectare (toate drogurile) și al celor care consumă heroină (indiferent de calea de administrare) în funcție de sexul consumatorului, în 2004 și 2008 (număr de persoane și %)
Tabel nr. 5-12	Distribuția admitterilor la tratament în centrele de tratament ale MS în funcție de nivelul educațional și sexul consumatorului, în 2008 (%)
Tabel nr. 5-13	Distribuția admitterilor la tratament în CPECA, în funcție de grupa de vârstă, 2008 (%)
Tabel nr. 6-1	Distribuția pacienților în funcție de sex și grupa de vârstă, date comparative 2005-2008
Tabel nr. 6-2	Distribuția pacienților în funcție de diagnosticul la 72 de ore (nr. persoane)
Tabel nr. 6-3	Distribuția determinărilor toxicologice în funcție de rezultatul analizelor
Tabel nr. 6-4	Distribuția cazurilor de decese ca urmare a consumului de droguri, în funcție de sexul persoanei decedate, comparație 2007-2008
Tabel nr. 9-1	Distribuția pe județe a infracțiunilor constatate la Legea nr. 143/2000, în intervalul 2005 – 2008 (nr. de infracțiuni)
Tabel nr. 9-2	Situația statistică a numărului de cetățeni români cercetați în străinătate, a celor extrădați/predați în/din România și a celor transferați în România, în perioada 2005-2008
Tabel nr. 9-3	Situația statistică a numărului de persoane pentru care s-a emis mandat de executare a pedepsei închisorii (MEPI), mandat de arestare preventivă (MAP) sau mandate europene de arestare (MEA), în perioada 2005-2008
Tabel nr. 9-4	Situația persoanelor arestate în funcție de tipul de infracțiune comisă, 2006-2007
Tabel nr. 9-5	Evoluția numărului de persoane cu antecedente de consum de droguri raportată la efectivul total de deținuți în perioada 2001- 01.12.2008
Tabel nr. 9-6	Activități derulate în penitenciare pentru foști consumatori autodeclarați, 2008
Tabel nr. 9-7	Distribuția admitterilor la tratament în centrele MS a căror sursă de referință a fost poliția, în funcție de tipul de drog, tipul admitterii și sexul consumatorului, în 2008 (%)
Tabel nr. 10-1	Distribuția capturilor de heroină la nivel central și regional în anul 2008

Tabel nr. 10-2	Distribuția capturilor de cocaină la nivel central și regional, anul 2008
Tabel nr. 10-3	Distribuția capturilor de opiu la nivel central și regional, anul 2008
Tabel nr. 10-4	Distribuția capturilor de cannabis la nivel central și regional, 2008
Tabel nr. 10-5	Distribuția capturilor de droguri sintetice la nivel central și regional, 2008
Tabel nr. 10-6	Valorile minime și maxime ale prețurilor celor mai frecvent traficate droguri de pe piața ilicită din România, în perioada 2004- 2008
Tabel nr. 10-7	Puritatea și compoziția drogurilor/tabletelor la nivelul străzii
Tabel nr.11-1	Prevalența consumului de cannabis de-a lungul vieții, în funcție de grupa de vârstă, 2007
Tabel nr.11-2	Consumul pe parcursul vieții de marijuana sau hașiș în România și Europa, în 1999, 2003, 2007(ESPAD)
Tabel nr.11-3	Valorile minime și maxime ale prețurilor pentru cele mai traficate droguri de pe piața ilicită din România, anul 2008
Tabel nr.11-4	Dificultatea obținerii drogurilor ilegale în termen de 24 de ore, 2007
Tabel nr.11-5	Dificultatea obținerii drogurilor ilegale în termen de 24 de ore, în funcție de regiune, 2007 (pentru răspunsul „ușor de procurat”)
Tabel nr. 12-1	Evoluția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive, în centrele MS, în funcție de vârstă, în perioada 2002-2008
Tabel nr. 12-2	Evoluția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive, în centrele ANA (CPECA), în funcție de vârstă, în 2007-2008

Lista graficelor utilizate în text

Grafic nr. 2-1	Numărul mediu de pastile consumat la o singură ocazie
Grafic nr. 2-2	Numărul mediu de pastile achiziționate (la o singură achiziție/cumpărare)
Grafic nr. 2-3	Prevalența consumului de droguri de-a lungul vieții în rândul persoanelor care practică sexul comercial
Grafic nr. 2-4	Distribuția respondenților în funcție de răspunsurile la întrebarea: „Te-ai injectat vreodată pentru a-ți administra droguri (nu în scop medical)?”
Grafic nr. 2-5	Distribuția respondenților în funcție de tipul de drog injectat
Grafic nr. 2-6	Distribuția respondenților în funcție de răspunsurile la întrebarea: „Ai folosit în comun în ultima săptămână...?”
Grafic nr. 2-7	Distribuția respondenților în funcție de istoricul de injectare
Grafic nr. 2-8	Distribuția respondenților în funcție de răspunsurile la întrebarea: „În ultimele 12 luni anterioare interviului, ați fost inclus în vreun program de tratament pentru consumul de droguri?”
Grafic nr. 2-9	Distribuția respondenților în funcție de tipul serviciului accesat
Grafic nr. 5-1	Dimensiuni de evaluare și de analiză a gradului de adecvare a serviciilor oferite CPECA conform celor două grupuri de specialiști (modelul Orizont)
Grafic nr. 5-2	Admiterea la tratament pentru substanțe psihoactive, în perioada 2001- 2008 (număr de persoane)
Grafic nr. 5-3	Evoluția proporției cazurilor noi și a recidivelor din total admitteri la tratament pentru substanțe psihoactive, în perioada 2001- 2008 (%)
Grafic nr. 5-4	Distribuția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive în funcție de drogul principal pentru care s-a solicitat asistență și tipul admitterii, 2008 (%)
Grafic nr. 5-5	Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină, hipnotice și sedative și cannabis în perioada 2002-2008 (număr de persoane)
Grafic nr. 5-6	Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină, hipnotice și sedative și cannabis în funcție de tipul admitterii, în perioada 2002-2008 (%)
Grafic nr. 5-7	Evoluția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive în funcție de sexul consumatorului, în perioada 2002-2008 (număr de persoane)
Grafic nr. 5-8	Evoluția admitterilor la tratament pentru substanțe psihoactive în funcție de sexul consumatorului și tipul admitterii, în perioada 2002-2008 (%)
Grafic nr. 5-9	Distribuția admitterilor la tratament în funcție de drogul principal pentru care s-a solicitat asistență și sexul consumatorului, 2008
Grafic nr. 5-10	Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină, hipnotice și sedative, alte substanțe și cannabis în funcție de sexul consumatorului, în perioada 2003-2008
Grafic nr. 5-11	Distribuția admitterilor la tratament în funcție grupa de vârstă și drogul principal pentru care s-a solicitat asistență, 2008 (număr de persoane)
Grafic nr. 5-12	Evoluția admitterilor la tratament în funcție de vârsta de debut, în perioada 2004-2008 (%)
Grafic nr. 5-13	Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină în funcție de vârsta de debut, în perioada 2004-2008 (%)
Grafic nr. 5-14	Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină în funcție de vârsta de debut, pentru ambele sexe, în perioada 2004-2008 (% din total cazuri cu vârsta de debut precizată)
Grafic nr. 5-15	Evoluția admitterilor la tratament pentru hipnotice și sedative în funcție de vârsta de debut,

	în perioada 2004-2008 (%)
Grafic nr. 5-16	Evoluția admitterilor la tratament pentru cannabis în funcție de vârsta de debut, în perioada 2004-2008 (număr de cazuri cu vârsta de debut precizată)
Grafic nr. 5-17	Evoluția proporției de consumatori de droguri care au un consum zilnic, în funcție de sex, în perioada 2004-2008 (%)
Grafic nr. 5-18	Evoluția admitterilor la tratament în funcție de calea de administrare a drogului principal, în perioada 2004-2008 (%)
Grafic nr. 5-19	Evoluția admitterilor la tratament în funcție de calea de administrare a drogului principal și sexul consumatorului, în perioada 2004-2008 (%)
Grafic nr. 5-20	Evoluția admitterilor la tratament pentru heroină în funcție de calea de administrare (injectare) și sexul consumatorului, în perioada 2004-2008 (%)
Grafic nr. 5-21	Distribuția admitterilor la tratament în funcție sursa de referință, 2007 și 2008 (%)
Grafic nr. 5-22	Distribuția admitterilor la tratament în unitățile MS, în funcție de statutul ocupațional și sexul consumatorului, în perioada 2006- 2008 (%)
Grafic nr. 5-23	Evoluția admitterilor la tratament în unitățile sanitare ale MS, în funcție de nivelul de școlarizare, în perioada 2002-2008 (% din total cazuri cu nivelul de școlarizare precizat*) - %
Grafic nr. 5-24	Evoluția admitterilor la tratament în funcție de nivelul de școlarizare, pe sexe, în perioada 2004-2008 (% din total cazuri cu nivelul de școlarizare precizat)
Grafic nr. 5-25	Distribuția admitterilor la tratament în funcție de situația locativă (%)
Grafic nr. 5-26	Distribuția (%) admitterilor la tratament în funcție de drogul principal, CPECA, 2008
Grafic nr. 5-27	Tipuri de servicii oferite de CPECA/CAIA, 2007 și 2008
Grafic nr. 5-28	Distribuția persoanelor admise la tratament în CPECA, în funcție de statutul ocupațional și sex, 2007 și 2008
Grafic nr. 6-1	Distribuția numărului de CDI, în funcție de rezultatul testării, 2008
Grafic nr. 6-2	Prevalența HVB în rândul CDI internați în centrele de dezintoxicare, 2008 (%)
Grafic nr. 6-3	Prevalența HVB în rândul CDI, date comparate 2004-2008 (%)
Grafic nr. 6-4	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, 2008 (%)
Grafic nr. 6-5	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de tipul admitterii (cazuri noi/recidive), 2008 (%)
Grafic nr. 6-6	Prevalența HVB în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2008 (%)
Grafic nr. 6-7	Prevalența HVC în rândul CDI, 2008 (%)
Grafic nr. 6-8	Prevalența HVC în rândul CDI (%), date comparate 2004-2008
Grafic nr. 6-9	Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de grupa de vârstă, 2008 (%)
Grafic nr. 6-10	Prevalența HVC (%) în rândul CDI, în funcție de perioada de injectare, 2008
Grafic nr. 6-11	Prevalența HVC în rândul CDI, în funcție de tipul admitterii (cazuri noi/recidive), 2008 (%)
Grafic nr. 6-12	Prevalența infecției HIV în rândul CDI
Grafic nr. 6-13	Distribuția CDI care au primit asistență din partea ONG-urilor în 2008 în funcție de tipul programului și sex (nr. persoane)
Grafic nr. 6-14	Distribuția pacienților în cazul cărora s-a putut stabili o legătură directă între cauza urgenței și consumul de droguri în funcție de calea de administrare a drogului
Grafic nr. 6-15	Distribuția cazurilor în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri , 2008 (CPECA)
Grafic nr. 6-16	Distribuția cazurilor în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri injectabile, 2008 (CPECA)
Grafic nr. 6-17	Distribuția cazurilor în funcție de patologia psihiatrică asociată consumului de droguri, 2008 (MS)
Grafic nr. 6-18	Distribuția cazurilor de decese ca urmare a consumului de droguri în perioada 2001-2008, în funcție de sexul persoanei decedate
Grafic nr. 6-19	Distribuția cazurilor, în funcție de substanța detectată la examenele toxicologice, 2008
Grafic nr. 9-1	Dinamica infracțiunilor constatate la regimul drogurilor și precursorilor în intervalul 2004-2008 (nr. de infracțiuni)
Grafic nr. 9-2	Dinamica infracțiunilor constatate la Legea nr. 143/2000, în perioada 2001-2008 (nr. de infracțiuni)
Grafic nr. 9-3	Dinamica infracțiunilor constatate la OUG nr. 121/2006, în perioada 2003-2008 (nr.)
Grafic nr. 9-4	Dinamica numărului de persoane prinse în flagrant, în perioada 2001-2008
Grafic nr. 9-5	Dinamica procentului de persoane prinse în flagrant din totalul persoanelor cercetate, în perioada 2001-2008
Grafic nr. 9-6	Dinamica numărului de persoane cercetate pentru săvârșirea de infracțiuni la Legea nr. 143/2000, în perioada 2001-2008
Grafic nr. 9-7	Dinamica numărului de persoane cercetate pentru săvârșirea de infracțiuni la O.U.G. nr. 121/2006, în perioada 2005-2008
Grafic nr. 9-8	Dinamica situației cauzelor penale instrumentate de parchete, în perioada 2001-2008 (nr.)
Grafic nr. 9-9	Distribuția dosarelor soluționate, în 2008, în funcție de tipul soluției

Grafic nr. 9-10	Evoluția proporției de cauze soluționate în funcție de tipul soluției (trimitere în judecată, SUP conform art.18 ¹ , NUP sau SUP)
Grafic nr. 9-11	Evoluția numărului de persoane învinuite/inculpate de către parchete pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor și precursorilor, în perioada 2001-2008
Grafic nr. 9-12	Evoluția numărului de persoane trimise în judecată pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001-2008
Grafic nr. 9-13	Evoluția proporției de persoane trimise în judecată din totalul persoanelor cercetate de către parchet, în perioada 2001-2008 (%)
Grafic nr. 9-14	Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în perioada 2001-2008
Grafic nr. 9-15	Evoluția numărului de persoane condamnate pentru infracțiuni la regimul drogurilor, în funcție de vârstă, în perioada 2001-2008
Grafic nr. 9-16	Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2005-2008
Grafic nr. 9-17	Evoluția numărului de persoane puse sub urmărire, în perioada 2005-2008
Grafic nr. 9-18	Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar, în perioada 2005-2008
Grafic nr. 9-19	Evoluția proporției de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu executarea pedepsei în penitenciar din totalul persoanelor condamnate la pedeapsa închisorii, în perioada 2001-2008 (%)
Grafic nr. 9-20	Evoluția numărului de persoane condamnate la pedeapsa închisorii cu suspendarea condiționată a executării și a celor cu suspendare a executării sub supraveghere, în perioada 2001-2007
Grafic nr. 9-21	Prevalența infecției HIV și hepatitelor B și C în rândul populației din penitenciare, 2008
Grafic nr. 10-1	Dinamica cantităților de droguri confiscate în perioada 2001-2008 (kg)
Grafic nr. 10-2	Dinamica confiscărilor de heroină (kg) în perioada 2001-2008
Grafic nr. 10-3	Dinamica confiscărilor de cocaină (kg.), în perioada 2001 - 2007
Grafic nr. 10-4	Dinamica confiscărilor de opiu (kg) în perioada 2001-2008
Grafic nr. 10-5	Dinamica confiscărilor de cannabis/hașiș (kg) în perioada 2001-2008
Grafic nr. 10-6	Număr de comprimate de amfetamine și derivați confiscate, în perioada 2001-2008
Grafic nr. 10-7	Confiscările de precursori și substanțe chimice esențiale, în intervalul 2003 – 2008
Grafic nr. 11-1	Evoluția confiscărilor de cannabis–iarbă/hașiș în perioada 2005-2008 (kg)
Grafic nr. 12-1	Evoluția admițerilor la tratament pentru substanțe psihoactive, în funcție de vârsta de debut, în perioada 2004-2008
Grafic nr. 12-2	Evoluția proporției cazurilor noi din total admițeri la tratament pentru substanțe psihoactive, în funcție de vârstă, în perioada 2002- 2008 (%)
Grafic nr.12-3	Evoluția admițerilor la tratament în funcție de vârstă și sexul consumatorului, în perioada 2002-2008
Grafic nr. 12-4	Evoluția admițerilor la tratament pentru persoanele cu vârsta peste 40 de ani, în centrele MS, în funcție de grupa de vârstă, în perioada 2002-2008
Grafic nr. 12-5	Evoluția admițerilor la tratament pentru persoanele cu vârsta peste 40 de ani, în centrele MS, în funcție de grupa de vârstă și sexul consumatorului, în perioada 2003-2008
Grafic nr. 12-6	Evoluția admițerilor la tratament, în centrele MS, în funcție de vârstă, sexul consumatorului și tipul drogului consumat, în perioada 2003-2008

Lista hărților utilizate în text

Harta nr. 6-1	Distribuția geografică a locului de deces pentru cazurile înregistrate în București – 2008 și 2006-2007 (exceptând decesele survenite în spital)
Harta nr. 11-1	Prevalența diferitelor droguri de-a lungul vieții în populația generală, în funcție de regiune, 2007

LISTA ABREVIERILOR UTILIZATE ÎN TEXT

ALIAT	Asociația de Luptă Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniei
ANA	Agencia Națională Antidrog
ANAF	Agencia Națională de Administrare Fiscală
ANP	Administrația Națională a Penitenciarelor
ANPDC	Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului
ANSIT	Agencia Națională pentru Sprijinirea Inițiativelor Tinerilor
ARAS	Asociația Română Anti SIDA
BORDT	Biroul Observatorului Român de Droguri și Toxicomanii
BTS	Boli cu Transmitere Sexuală
CAIA	Centru de Asistență Integrată în Adicții

CAN	Consiliul Suedez de Informații privind Alcoolul și alte Droguri
CETTT	Centrul de Evaluare și Tratament al Toxicodependenților Tineri
CDI	Consumatori de Droguri Injectabile
CNLAS	Comisia Națională de Luptă Anti-SIDA
CPECA	Centru de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog
CSM	Centru de Sănătate Mintală
CURS	Centrul de Sociologie Urbană și Regională
DIICOT	Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism
DRCD	Direcția de Reducere a Cererii de Droguri
DGCCO	Direcția Generală de Combatere a Crimei Organizate
ECAD	European Cities against Drugs Organisation
EMCDDA	Centrul European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de Droguri
EMQ	Chestionarul European de Monitorizare
ERP	Enterprise Resource Planning
ESPAD	Proiectul European de Studiu al consumului de alcool și alte droguri în școli
FIC	Fundația de Îngrijiri Comunitare
FICE	Federația Internațională a Comunităților Educative
GPS	Studiu în Populația Generală
HG	Hotărâre de Guvern
HIV	Virusul imuno deficienței dobândite
HPLC	Cromatografie lichidă de înaltă performanță
ICCA	Biroul Regional al Consiliului Internațional în domeniul Adicțiilor și altor tipuri de Dependențe pentru Europa de Est și Asia Centrală
IEC	Informare-Educare-Comunicare
IGPF	Inspectoratul General al Poliției de Frontieră
IGPR	Inspectoratul General al Poliției Române
INML	Institutul Național de Medicină Legală
INS	Institutul Național de Statistică
LCAPDP	Laboratorul Central de Analiză și Profil al Drogurilor, Precursori
MAP	Mandat de arestare preventivă
MEA	Mandat european de arestare
MEIC	Ministerul Educației, Inovării și Cercetării
MEPI	Mandat de executare a pedepsei închisorii
MAI	Ministerul Administrației și Internelor
MJ	Ministerul Justiției
MMSSF	Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei
MO	Monitorul Oficial
MS	Ministerul Sănătății
MSM	Men who have sex with men
NUP	Neînceperea urmăririi penale
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONG	Organizație neguvernamentală
OU	Ordonanță de Urgență
PA	Plan de Acțiune
PDU	Consum Problematic de Droguri
PNESSR	Programul Național Educație pentru Sănătate în Școala Românească
PSS	Program de schimb de seringi
RAA	Romanian Angel Appeal
REITOX	Rețeaua Europeană Informațională cu privire la Droguri și Toxicomanie
RHRN	Rețeaua Română de Reducere a Riscurilor Asociate Consumului de Droguri Injectabile
SNA	Strategia Națională Antidrog
SNSPMS	Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar
SUP	Suspendarea urmăririi penale
SW	Persoane care practică sexul comercial
TVR	Televiziunea Română
UNAIDS	Programul Comun al Națiunilor Unite cu privire la HIV/SIDA
UNDP	Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
UNODC	Biroul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate
UNOPA	Uniunea Națională a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA